



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHA DE PESQUISA: TRABALHO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Adriana Freire Pereira Férriz

**A PARTICIPAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DESCENTRALIZADAS NA CIDADE DE
JOÃO PESSOA: O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO E O CONSELHO DE SAÚDE**

João Pessoa
2012

Adriana Freire Pereira Férriz

**A PARTICIPAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DESCENTRALIZADAS NA CIDADE DE
JOÃO PESSOA: O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO E O CONSELHO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Área de Concentração: Sociologia

Linha de Pesquisa: Trabalho e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. José Arlindo Soares

João Pessoa
2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Catálogo conforme AACR2, CUTTER e CDU

Catálogo na fonte: Fernanda Mirelle de Almeida Silva – CRB 15/483

F394p Férriz, Adriana Freire Pereira.

A participação em instituições descentralizadas na cidade de João Pessoa [manuscrito] : o orçamento democrático e o conselho de saúde / Adriana Freire Pereira Férriz, 2012.

274 f.: il. color.

Digitado.

Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação e Pesquisa, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. José Arlindo Soares, Departamento de Sociologia”.

1. Democracia. 2. Participação Democrática. 3. Orçamento Democrático. 4. Conselho de Saúde. I. Título.

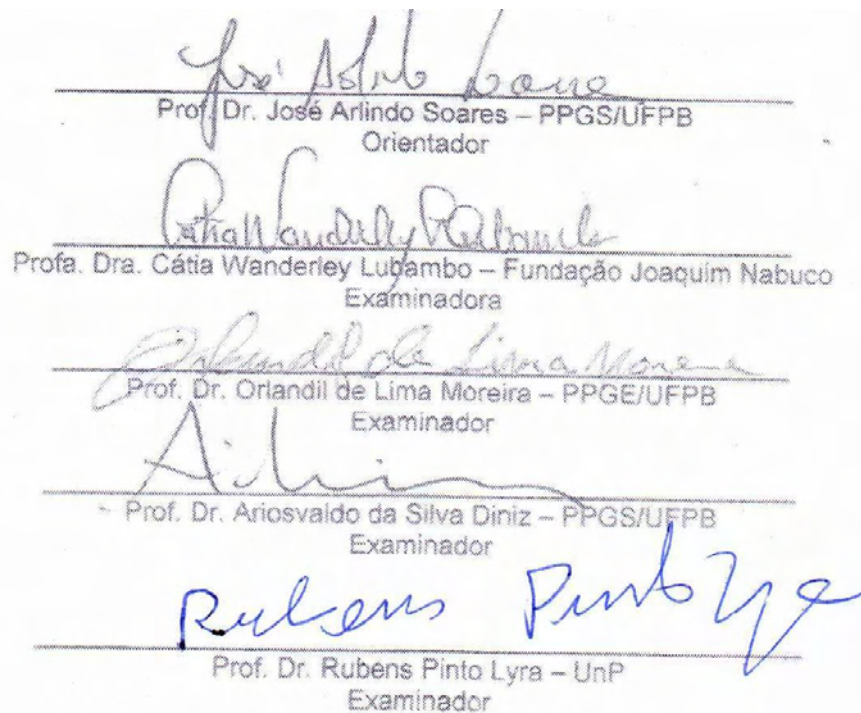
CDU 321.7 (043)

Adriana Freire Pereira Férriz

**A PARTICIPAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DESCENTRALIZADAS NA CIDADE DE
JOÃO PESSOA: O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO E O CONSELHO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Doutor em Sociologia.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Arlindo Soares – PPGS/UFPB
Orientador

Profa. Dra. Cátia Wanderley Lubambo – Fundação Joaquim Nabuco
Examinadora

Prof. Dr. Orlandil de Lima Moreira – PPGE/UFPB
Examinador

Prof. Dr. Ariosvaldo da Silva Diniz – PPGS/UFPB
Examinador

Prof. Dr. Rubens Pinto Lyra – UnP
Examinador

Dedico esta tese ao meu amado irmão Antonio Freire Pereira (*in memoriam*) que dividiu comigo os primeiros passos para a escola. A sua companhia era agradabilíssima e as brincadeiras partilhadas no trajeto de nossa casa à escola foram capazes de encurtar qualquer distância.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus dos nossos antepassados, por ter sempre apontado a saída nos momentos difíceis da vida e por me ter despertado para a possibilidade do saber.

Aos meus Josés. Os dois amores de minha vida. Ao José “grande” pela compreensão, pela partilha e pelo encorajamento nos momentos de cansaço e “quase” esgotamento. Ao José “pequeno”, “pedaço do meu ventre”, peço perdão pelas minhas ausências e “clausuras” forçadas que retiraram a mamãe do alcance dos seus braços.

Aos meus pais Cícero e Cícera que me mostraram a importância da educação. Papai, obrigada, por me ter mostrado o mundo através da fantasia e do encantamento das histórias de Trancoso. Mãe, obrigada pelas lições de vida, histórias reais dos nossos antecessores, contadas e recontadas tantas vezes. Eu me orgulho de ter sido educada por vocês dois.

Aos meus irmãos Melquides, Manoel, Heleno, Isaias, Antonio (*in memoriam*), Daniel (*in memoriam*) e Moisés, por terem dividido, comigo, “o nosso lar” e muitas histórias engraçadas, muitas das quais até tristes. E as minhas irmãs Fátima, Margarida, Sebastiana, Rita de Cássia, Socorro e Cristina, de modo especial, a minha amiga Mainha, pelo seu apoio incondicional e pela sua capacidade de influenciar, positivamente, o meu estado de espírito.

A minha sobrinha Ermaela Cícera, pelas risadas múltiplas e sucessivas e pelas conversas prolongadas sobre os mais diversos assuntos. Obrigada pela colaboração no cuidado com José Luis.

Aos amigos e amigas, os de perto e de longe que, em algum momento da vida, se fizeram presente e me incentivaram nesta longa caminhada que tem sido a minha formação. De modo peculiar, a minha dileta amiga Jackeline Feitosa.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba.

Ao meu orientador, Dr. José Arlindo Soares, pela compreensão e apoio dedicados.

À Prefeitura Municipal de Campina Grande que, através da Secretaria Municipal de Educação, Esportes e Cultura, onde sou lotada no cargo de assistente social, me liberou para cumprir esta etapa formativa.

Às (aos) colegas de trabalho do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, não preciso citar nomes, agradeço a todos pela torcida.

À equipe da Coordenadoria do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde pelo atendimento das minhas solicitações de informação. Não tenho palavras suficientes para descrever a minha gratidão a Bosco e à Nadjá pela atenção e colaboração.

RESUMO

A tese analisa a participação da população das comunidades interessadas nas instituições descentralizadas de gestão do orçamento municipal de João Pessoa, as quais foram implementadas a partir da Constituição Federal de 1988, tendo, como focos principais, o Orçamento Democrático e o Conselho de Saúde. Partiu-se do pressuposto de que, nas três últimas décadas, a sociedade brasileira vem experimentando significativas mudanças no tocante à gestão de recursos públicos marcada pela implantação de uma nova forma de condução governamental que procura uma transição de uma maneira centralizada para um modelo mais descentralizado, marcado por uma maior participação direta da população quanto à tomada de decisões. Nesse sentido, os objetivos principais do trabalho foram: analisar o impacto distributivo da participação cidadã nas referidas instituições descentralizadas; elaborar uma tipologia de cada instituição participativa descentralizada (história, composição, legislação, capacidade de execução e efetividade); bem como traçar o perfil dos participantes de cada instituição participativa. Para tanto, na fase de coleta dos dados, foi priorizada a pesquisa documental por entender-se que os documentos podem revelar o potencial das instituições estudadas. Assim sendo, dois tipos de documentos foram analisados: os produzidos sobre o município de João Pessoa e os produzidos pelo Orçamento Democrático e pelo Conselho Municipal de Saúde. O tratamento dos documentos foi possibilitado através da apreciação empreendida a partir da definição de seis eixos analíticos: grau de institucionalização; formato institucional e natureza; participação; representação; deliberação e impacto distributivo. A pesquisa forneceu elementos suficientes para afirmar que há uma relação, ora revelando similitudes, ora diferenças, entre o Orçamento Democrático e o Conselho de Saúde, revelada através das pautas de discussão, da forma de organização, da visibilidade e amplitude de cada instituição, da metodologia adotada, da legislação que as orienta e da natureza de cada uma. No entanto, a relação entre as duas instituições não se consolidará enquanto não houver, entre ambas, uma articulação de políticas públicas permanentes, apesar de discutirem temas e objetivos paritários. Portanto, acredita-se que a participação da população no Orçamento Democrático e no Conselho de Saúde poderá vir a modificar as relações entre a sociedade e o governo, com forte tendência para o crescimento da consciência cívica, que se expressa, ainda, de forma muito incipiente. Na mesma direção, não é possível ainda perceber, de forma mais forte, mudanças muito significativas nas condições de vida da população em razão do atendimento direto das reivindicações postas pela participação no OD e no CMS, embora o processo seja reconhecido como importante por parte dos conselheiros de ambas as instituições.

Palavras-chave: Democracia. Participação. Orçamento Democrático. Conselho de Saúde.

ABSTRACT

The thesis examines the participation of the population of the communities involved in decentralized institutions of the municipal management of Joao Pessoa, which were implemented in the Federal Constitution of 1988, having as main focus, the Democratic budget and the Board of Health started from is assumed that in the last three decades, Brazilian society has been experiencing significant changes regarding the management of public resources marked by the implementation of a new form of government conduct that seeks a transition from a centralized to a more decentralized model, marked for greater direct participation of the population and decision making. In this sense, the main objectives of this study were: to analyze the distributional impact of citizen participation in these decentralized institutions, develop a typology of each institution decentralized participatory (history, composition, legislation, implementation capacity and effectiveness) and the profiles of participants from each institution participatory. To this end, the stage of data collection, desk research was prioritized by understanding that the documents may reveal the potential of these institutions. Thus, two types of documents were reviewed: those produced on the city of Joao Pessoa and produced by the Democratic budget and the City Council Health Treatment of the documents was made possible through the assessment undertaken from the definition of six analytical categories: degree of institutionalization, institutional form and nature, participation, representation, deliberation and distributional impact. The research provided sufficient evidence to affirm that there is a relationship, sometimes revealing similarities, sometimes differences between the Democratic budget and the Board of Health, revealed through the patterns of discussion, the form of organization, visibility and range of each institution, the methodology adopted, the legislation that guides and nature of each. However, the relationship between the two institutions did not consolidate until there is, between them, an articulation of public policies permanent, despite parity discuss themes and objectives. Therefore, it is believed that people's participation in the Democratic budget and the Board of Health is likely to modify the relationship between society and government, with a strong tendency for the growth of civic consciousness, which is expressed also in a very early. In the same vein, you can not even see, so strong, very significant changes in the conditions of life due to the direct care of the demands posed by participation in the OD and CMS, although the process is recognized as important by the directors of both institutions.

Keywords: Democracy. Participation. Democratic Budget. Board of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Mapa das regiões do OD de João Pessoa-PB	96
Figura 02 -	Estrutura institucional do OD de João Pessoa	100
Figura 03 -	Organograma da secretaria municipal de saúde de João Pessoa	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Renda dos conselheiros regionais	116
Gráfico 02 -	Escolaridade	117
Gráfico 03 -	Situação de trabalho	118
Gráfico 04 -	Tempo de participação no OD	119
Gráfico 05 -	Participação em associações	120
Gráfico 06 -	Tipo de associação	120
Gráfico 07 -	Informação da sociedade sobre o OD	121
Gráfico 08 -	O papel do OD nas políticas públicas	122
Gráfico 09 -	Forma como a população toma conhecimento do OD	122
Gráfico 10 -	Conhecimento das atribuições pelos participantes	123
Gráfico 11 -	Conhecimento do ciclo do OD	123
Gráfico 12 -	Obras do OD nas regiões	124
Gráfico 13 -	Missão como conselheiro regional	125
Gráfico 14 -	Sexo	126
Gráfico 15 -	Cor/raça	126
Gráfico 16 -	Escolaridade	127
Gráfico 17 -	Situação de trabalho	128
Gráfico 18 -	Renda	128
Gráfico 19 -	Participação em organizações	129
Gráfico 20 -	Frequência de participação nas reuniões	130
Gráfico 21 -	Tipo de organização que repassa informações	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Movimentos e lutas sociais no Brasil no século XX	65
Tabela 02 -	Expansão das experiências de OP no Brasil por gestão	81
Tabela 03 -	Concentração de bairros e domicílios por Região Orçamentária de João Pessoa	90
Tabela 04 -	Distribuição das RO por intervalos de agregação da população de João Pessoa	90
Tabela 05 -	Distribuição de bairros por intervalos de agregação de população de João Pessoa	91
Tabela 06 -	Regiões Orçamentárias do OD da cidade de João Pessoa por bairros e população	97
Tabela 07 -	Proporcionalidade para a eleição de delegados por região	100
Tabela 08 -	Ciclo anual do Orçamento Democrático de João Pessoa	102
Tabela 09 -	Etapas do ciclo do OD por ano	103
Tabela 10 -	Diferenciação entre conselheiros regionais e conselheiros municipais	107
Tabela 11 -	Beneficiados do Programa Bolsa Família do município de João Pessoa ..	116
Tabela 12 -	Sexo dos conselheiros regionais e municipais do OD por gestão	118
Tabela 13 -	Delegados titulares e suplentes por região	134
Tabela 14 -	Prioridades por região – Ciclo do OD 2005	135
Tabela 15 -	Prioridades por região - Ciclo do OD 2006	138
Tabela 16 -	Prioridades por região do ciclo 2007	140
Tabela 17 -	Prioridades por região do ciclo 2008	142
Tabela 18 -	Prioridades por região do ciclo 2009	144
Tabela 19 -	Prioridades por região do ciclo 2010	145
Tabela 20 -	Público participante nas Audiências Regionais por RO	147
Tabela 21 -	Quadro-resumo das áreas temáticas indicadas como prioridade nas 14 Regiões Orçamentárias	148
Tabela 22 -	Atas do CMS 2001	153
Tabela 23 -	Resoluções do CMS/2001	154
Tabela 24 -	Resumo das atas de 2002	155
Tabela 25 -	Resoluções do CMS/2002	156
Tabela 26 -	Resumo das atas do CMS/2003	158
Tabela 27 -	Resoluções do CMS/2003	160
Tabela 28 -	Resumo das atas do CMS em 2004	162
Tabela 29 -	Resoluções do CMS/2004	164
Tabela 30 -	Resumo das atas do CMS/2005	166
Tabela 31 -	Resoluções do CMS/2005	167
Tabela 32 -	Resumo das atas do CMS/2006	171
Tabela 33 -	Resoluções do CMS/2006	172
Tabela 34 -	Resumo das atas do CMS/2007	174
Tabela 35 -	Resumo das atas do CMS/2008	177
Tabela 36 -	Resumo das atas do CMS/2009	181
Tabela 37 -	Composição do Conselho Municipal de Saúde - João Pessoa-PB	189
Tabela 38 -	Conselheiros regionais por região	194
Tabela 39 -	População por regiões orçamentárias	201
Tabela 40 -	Rendimentos da população de João Pessoa por região orçamentária.....	203
Tabela 41 -	Qualidade de vida da população de João Pessoa	205
Tabela 42 -	Anos de estudo da população de João Pessoa por região.....	207
Tabela 43 -	Equidade	208
Tabela 44 -	Domicílios e população por quartil da exclusão	209
Tabela 45 -	Íncusão/Exclusão versus obras do OD	212

LISTA DE SIGLAS

AAPD/PB	Associação Atlética dos Portadores de Deficiência Física do Estado
ACEP	Associação Comunitária de Educação Popular
APH	Associação Paraibana dos Hospitais
ASDEF	Associação de Deficientes e Familiares
ASPPAH	Associação Paraibana de Portadores de Anemias Hereditárias
CALFARM	Centro Acadêmico Livre de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COD	Conselho do Orçamento Democrático
COREN/PB	Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba
CRESS/PB	Conselho Regional de Serviço Social-Paraíba
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIGNITATIS	Assessoria Técnica Popular
FICAB	Federação Independente de Cultos Afro-Brasileiro
GRUPHIR	Grupo de Pesquisa em História e Regionalização
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OD	Orçamento Democrático
ONG	Organização Não-Governamental
OP	Orçamento Participativo
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAAI/PB	Assistência de Amparo à Infância da Paraíba
SAB	Sociedade de Amigos de Bairro
SEAA	Secretaria Executiva e de Apoio Administrativo
SES/PB	Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba
SETRANS	Secretaria de Transparência Pública
SIFEP/P	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba
SIMED/PB	Sindicato dos Médicos da Paraíba
SINDEP	Sindicato dos Enfermeiros do Estado
SINDSPREV/PB	Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba
SMS/JP	Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	O OD E O CMS: INSTITUIÇÕES DEMOCRÁTICAS EM JOÃO PESSOA	14
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	14
1.2	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	15
1.3	OBJETIVOS E HIPÓTESE	16
1.4	DELINEAMENTO DO ESTUDO	17
1.4.1	Trabalho de campo: técnicas de coleta e tratamento dos dados .	18
1.5	ESTRUTURA DA TESE	21
2	TRÊS FACES DA DEMOCRACIA: REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO	23
2.1	DEMOCRACIA REPRESENTATIVA	23
2.2	DEMOCRACIA PARTICIPATIVA	38
2.3	DEMOCRACIA DELIBERATIVA	46
3	A DEMOCRACIA BRASILEIRA: BARRIS VELHOS, VINHO NOVO .	51
3.1	DESIGUALDADE SOCIAL: BARRIS VELHOS	52
3.2	A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA	55
3.3	OS NOVOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO NO BRASIL: “O VINHO NOVO”	64
3.3.1	O Orçamento Participativo no Brasil: conceito e expansão	74
3.3.2	Os conselhos gestores no Brasil	82
3.3.2.1	O Conselho Municipal de Saúde.....	84
4	O MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA: MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE O ESTADO E A SOCIEDADE	88
4.1	A CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB: CONTRADIÇÕES SOCIAIS E CRESCIMENTO URBANO	88
4.2	O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO	94
4.2.1	Definição, finalidade e abrangência do Orçamento Democrático .	94
4.2.2	Estrutura Institucional e dinâmica de funcionamento	98
4.2.3	O Conselho do Orçamento Democrático	104
4.3	O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	108
5	DUAS INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	113
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES	114
5.1.1	Conselheiros regionais do Orçamento Democrático	115
5.1.2	Conselheiros de saúde	125
5.2	A EVOLUÇÃO DE CADA INSTITUIÇÃO PARTICIPATIVA	132
5.2.1	Dinâmica e funcionamento do processo do Orçamento Democrático ao longo dos anos	132
5.2.1.1	O ciclo do Orçamento Democrático em 2005	133
5.2.1.2	O ciclo do Orçamento Democrático em 2006	137
5.2.1.3	O ciclo do Orçamento Democrático em 2007	139

5.2.1.4	O ciclo do Orçamento Democrático em 2008	141
5.2.1.5	O ciclo do Orçamento Democrático em 2009	143
5.2.1.6	O ciclo do Orçamento Democrático em 2010	145
5.2.1.7	O ciclo do Orçamento Democrático em 2011	147
5.2.2	Três momentos do Conselho Municipal de Saúde	151
5.2.2.1	Primeiro momento: 2001-2003	152
5.2.2.2	Segundo momento: 2004-2006	161
5.2.2.3	Terceiro momento: 2007-2009	173
5.3	UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS DUAS INSTITUIÇÕES .	183
5.3.1	O grau de institucionalização do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	183
5.3.2	O formato institucional e natureza do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	187
5.3.3	A participação no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	193
5.3.4	A representação do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	196
5.3.5	Deliberação no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	197
5.3.6	O impacto distributivo no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB	200
6	APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS	216
	REFERÊNCIAS	227
	APÊNDICES	234
	ANEXOS	245

1 O OD E O CMS: INSTITUIÇÕES DEMOCRÁTICAS EM JOÃO PESSOA

A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.
(Albert Einstein)

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Tomou-se, como objeto de estudo, a participação direta e indireta da população nas instituições participativas descentralizadas que se desenvolveram, no Brasil, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988: o Orçamento Democrático (OD) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS), os quais foram analisados no âmbito municipal de João Pessoa-PB.

O problema de pesquisa, em tela, requer uma reflexão teórica acerca das instituições participativas descentralizadas, ou seja, uma reflexão que leve em consideração o neoinstitucionalismo posto em marcha no cerne das municipalidades brasileiras nas últimas décadas.

Esta reflexão suscitou, inicialmente, um estudo dos modelos de democracia – representativa, participativa e deliberativa – visando a localizar a complementaridade entre eles no que se refere ao “enquadramento” do presente objeto de estudo.

O debate acerca da teoria democrática e da nova institucionalidade, posta em marcha no Brasil pós-Constituição de 1988, passa pelos clássicos da democracia e se estende aos estudos contemporâneos acerca das mudanças e inovações da relação entre Estado e sociedade civil.

Na prática, as instituições participativas que mais se multiplicaram no Brasil foram os conselhos gestores de políticas públicas e os Orçamentos Participativos (OPs). Nesse aspecto, foi encontrado respaldo na escolha do objeto de estudo: duas “inovações institucionais híbridas democráticas” (CUNHA, 2007, p. 25), colocadas em andamento nos municípios brasileiros depois da promulgação da CF de 1988: uma mais geral – o Orçamento Participativo – e outra específica – o Conselho Municipal de Saúde.

Os OPs não têm sua criação como decorrência direta da Constituição, e não pode haver uma determinação obrigatória para implementação de OPs no Brasil, nem pode ser de caráter deliberativo, de modo que sua implantação, nos municípios e em alguns estados, fica a cargo da vontade política do gestor municipal. Apesar de o Brasil aparecer, no cenário internacional, como referência no tocante à implementação de experiências democráticas na gestão dos recursos públicos municipais há, ainda, um número pequeno de experiências de OPs no país se se considerar o número total de mais de cinco mil municípios. Outro fator agregado a esse é o que trata da falta de continuidade dos OPs, posto que sua criação ocorre mediante a edição de decretos municipais, de modo que, dada a conduta política majoritária dos gestores em interromper as práticas políticas precedentes, não se pode garantir que haja garantia de continuidade dessa política nos municípios após novo processo eleitoral, principalmente, quando os governantes não conseguem se reeleger ou eleger seus candidatos.

Os conselhos de saúde foram criados, no Brasil, em decorrência da Lei Orgânica da Saúde (n. 8.080/90 e n. 8.142/90), a qual tem, por propósito, regulamentar e disciplinar os dispositivos constitucionalmente estabelecidos afetos à saúde. O conselho de saúde se refere a uma política focalizada, porém obrigatória (lei) em todo o território nacional, e que funciona como um instrumento de pressão da sociedade civil sob a forma de distribuição e aplicação dos recursos destinados à saúde do município.

Com essas referências, situado está o problema investigado, com as seguintes indagações: de que forma as instituições participativas – Orçamento Democrático e Conselho de Saúde – provocam impactos na qualidade de vida da população de João Pessoa? Quais as especificidades de cada instituição participativa? Em que aspectos ditas instituições se aproximam (similitudes) e se distanciam (variações)?

1.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O presente estudo poderá suscitar uma auto-avaliação das instituições participativas, uma vez que os participantes do OD e do Conselho de Saúde, bem

como os gestores de tais políticas, poderão visualizar o “retrato” de sua instituição e sua relação com as demais analisadas.

Há uma vasta literatura acerca das instituições participativas em várias cidades do Brasil, ou seja, inúmeros estudos de caso (resultado de dissertações de mestrado e de teses de doutorado de diversas áreas e de outras pesquisas), a maioria trata de Orçamento Participativo (FEDOZZI, 2001; AVRITZER, 2002; 2007; 2008; SANTOS, 2002; MARQUETTI, 2007; 2003) e conselhos gestores (TATAGIBA, 2002; ANDRADE, 2009). No entanto, são poucos os estudos que apontam uma relação entre essas instituições (AVRITZER, 2007; CUNHA, 2007; TEIXEIRA; ALBUQUERQUE, 2006). Apesar da larga produção acumulada sobre o tema, a análise aqui empreendida é inédita, posto que compara duas instâncias participativas do município de João Pessoa, detentora de características distintas: uma política de governo – o OD; e uma política de Estado – o CMS.

Outro fato que reforça a pertinência deste trabalho é a parca produção acerca do Orçamento Democrático de João Pessoa, posto que se trata uma prática recente, cujo início remonta ao ano de 2005.

No campo da teoria, acredita-se que este estudo poderá, não só contribuir, através de uma análise comparativa, para uma leitura mais ampla acerca das instituições participativas no município de João Pessoa, como também suscitar que outros municípios paraibanos também adotem tais instituições.

1.3 OBJETIVOS E HIPÓTESE

Definiu-se, como objetivo geral: comparar a participação cidadã nas instituições descentralizadas (Orçamento Democrático e Conselho de Saúde) no município de João Pessoa nas últimas duas gestões a fim de perceber se vem ocorrendo aprendizado institucional e mudanças que influem no aprofundamento da democracia. Além dos objetivos específicos: elaborar uma tipologia de cada instituição participativa descentralizada (história, composição, legislação, capacidade de execução e efetividade); e identificar como os três modelos de democracia estudados (representativa, participativa e deliberativa) aparecem nas experiências analisadas (no OD e no CMS).

É nesse sentido que a hipótese se edifica: Não existe uma relação de causalidade entre a participação e distribuição dos recursos no município de João Pessoa nas duas últimas gestões, ou seja, a participação da população no OD e no Conselho de Saúde vem gerando um efeito positivo no que se refere à ampliação da participação da população na gestão municipal, mas ainda não é possível vislumbrar uma relação de causalidade entre a participação da população na gestão pública municipal e a melhoria das condições de vida dos participantes.

1.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa toma, como objeto empírico, as práticas participativas inovadoras desenvolvidas pela prefeitura municipal de João Pessoa-PB nas duas últimas gestões¹ da prefeitura municipal de João Pessoa (2005-2008; a gestão atual). Porém, dentro do universo de inovações e da nova configuração do poder local, foram privilegiadas duas instituições participativas: o Orçamento Democrático e o Conselho Municipal de Saúde.

A escolha dessas instituições (OD e CMS) foi motivada, por um lado, pela leitura de um artigo de Avritzer (2008), que aponta a necessidade de se estabelecer, no Brasil, investigações mais amplas sobre a efetividade da participação popular na gestão democrática; e a inexistência de trabalhos que relacionem esta participação nos espaços de decisões cujo escopo seja a melhoria dos índices de qualidade de vida.

A peculiaridade das duas instituições em comento é que o conselho foi criado por Lei Federal (a de n. 8.142/90), e, o OD, por Lei Ordinária Municipal n. 10.429/2005 (a qual fora, obviamente, promulgada pelo poder Executivo Municipal). Assim, nossa intenção foi fazer uma comparação entre o OD – uma política mais geral e que fica condicionada à vontade política; e o CMS – uma política setorial de caráter obrigatório e deliberativo.

¹ No caso do Conselho Municipal de Saúde foram analisadas as atas dos anos de 2001 a 2009, pois tínhamos a intenção de analisar comparativamente as ações do conselho com relação à gestão anterior a de Ricardo Coutinho.

O estudo em tela foi possibilitado através do uso prioritário da pesquisa documental, que permite a investigação de determinada problemática por meio do estudo de documentos produzidos e que revelam seu modo de ser e as concepções de seus autores. Para Silva-Sá et al (2009, p. 6) a pesquisa documental

Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens, revistas, jornais, cartas, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação.

A pesquisa documental trabalha com fontes primárias e secundárias. As fontes primárias são os dados originais a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador(a) quem analisa. Quanto às fontes secundárias, estas são compostas por dados de segunda mão – informações que foram trabalhadas por outros estudiosos e que, por isso, já passaram por algum tipo de tratamento científico (SILVA-SÁ et al, 2009).

Assim, documento é qualquer “suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade que possa servir para consulta, estudo ou prova” (SILVA-SÁ et al, 2009, p. 7), e podem ser impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, imagens e outros.

Além da pesquisa documental (conforme explicitado no quadro de análise dos documentos – Apêndice B), também foi possível observar, de forma participante, algumas atividades desenvolvidas pelo OD-JP – a assembleia geral dos conselheiros do OD-2011; bem como atividades que os conselheiros participaram fora do ciclo do OD, como foi o caso do I Seminário da Democracia Participativa na Paraíba.

1.4.1 Trabalho de campo: técnicas de coleta e tratamento dos dados

Visando a alcançar os objetivos definidos e confirmar a hipótese aqui ventilada, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a documental como parte da pesquisa qualitativa.

No primeiro momento foi realizada uma ampla pesquisa bibliográfica que resultou nos dois capítulos teóricos acerca da teoria democrática e da democracia brasileira. Nesse sentido, realizou-se uma construção aprofundada da teoria democrática (TOCQUEVILLE, 2005; DAHL, 2001; BOBBIO, 2000; PUTNAM, 1996; SANTOS, 2002; SOARES; GONDIM, 2002) para qualificar a participação cidadã nas novas instituições participativas descentralizadas, dando ênfase aos estudos realizados sobre os OPs (FEDOZZI, 2001; AVRITZER, 2008; 2007; 2003; 2002; MARQUETTI, 2003; 2007; PEREIRA, 2004) e os conselhos de saúde (ANDRADE, 2009; CUNHA, 2007; GOHN, 2001).

No segundo momento foi realizado o trabalho de campo propriamente dito, (realizado no segundo semestre de 2010 e primeiro de 2011) que contemplou dois tipos de fonte de dados: os questionários aplicados com os conselheiros regionais do OD (dados primários) e a pesquisa documental junto ao OD e ao CMS (dados secundários). O referido questionário foi aplicado, juntamente com a equipe do OD, um questionário (Apêndice A) com questões fechadas, por ocasião da assembleia dos conselheiros regionais do OD, no dia 23 de julho de 2011, visando a identificar informações acerca do perfil dos conselheiros regionais e municipais do OD.

Inicialmente foi estabelecido um primeiro contato com as duas instituições (OD e CMS) para a apresentação da pesquisa e explicitação dos objetivos da pesquisa. Esse processo não foi marcado por grandes dificuldades, posto que a pesquisadora foi bem recebida nas duas instituições; no entanto, a pesquisa de campo foi melhor facilitada no OD, espaço em que foi disponibilizado todo o material documental solicitado por todos os que compõem a equipe desta instituição.

No Conselho Municipal de Saúde, os documentos foram disponibilizados, em parte, pois foi alegado, pelos funcionários do CMS que, dada a reforma em andamento no prédio, não seria possível disponibilizar a documentação impressa, embora tenham sido disponibilizadas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias já digitalizadas, bem como leis e listagens da composição do CMS e das resoluções e moções elaboradas pelo CMS. A documentação cedida pelo CMS corresponde aos arquivos dos anos de 2001 a 2010.

Além dos documentos adquiridos (digitalizados e impressos) no OD e no CMS, foram realizadas pesquisas em sites oficiais desses órgãos. Dessas pesquisas, foram catalogadas leis, cartilhas, programações, resoluções, quadro de obras, chamadas para eleições e informações diversas.

Como forma de facilitar a pesquisa documental foi criada uma ficha de leitura dos documentos catalogados contendo os objetivos da pesquisa, um resumo do documento e a transcrição de trechos dos documentos que poderiam ser analisados posteriormente. Assim, as fichas de leitura permitiram a elaboração de três quadros (Apêndice B): o primeiro, com a documentação coletada sobre o município de João Pessoa; o segundo, congregando os documentos disponibilizados pelo OD e o terceiro informando os documentos do CMS.

Assim, a pesquisa documental foi de grande relevância para a realização do estudo em tela, o qual se deu em três âmbitos: o primeiro tratou de consulta feita aos documentos produzidos sobre o município de João Pessoa – Topografia Social do Município de João Pessoa e notícias veiculadas na mídia local; o segundo, envolveu as análises das leis, decretos, regimentos e cartilhas elaboradas para normatizar o funcionamento do OD e do CMS. O terceiro âmbito foi o estudo dos documentos produzidos pelo OD e pelo CMS-JP, como atas, resoluções, moções, relatórios, planilhas, quadros de demandas e de obras (Apêndices D e E). A análise dessa documentação indica, a partir da observação da agenda de proposições, deliberações e resoluções, que há aproximações e diferenças na atuação do OD e do CMS-JP.

A partir da leitura desse material, foi possível empreender-se uma análise comparativa das duas instituições participativas, de modo que foram catalogadas, junto ao CMS, 97 (noventa e sete) atas, das quais 64 (sessenta e quatro) são resultado de reuniões ordinárias e 33 (trinta e três) de extraordinárias. Todas as atas foram lidas e analisadas a partir da identificação de alguns pontos norteadores: o tipo de reunião (ordinária/extraordinária), o número de entidades presentes nas reuniões, as pautas discutidas e as deliberações resultantes das discussões.

No caso do Orçamento Democrático de João Pessoa, a coleta de dados foi facilitada pela digitalização de boa parte dos documentos do OD: regimento geral do OD, Regimento Interno do COD, ciclos anuais, cartilhas, lei de institucionalização do OD, e outros informes disponíveis no site do OD digital. Além disso, foram disponibilizadas, em arquivo PDF (Portable Document Format), 76 (setenta e seis) atas do Conselho Municipal do OD correspondentes aos anos de 2005 a 2010, as quais foram lidas e ajudaram a entender a dinâmica de funcionamento do OD.

De posse dos dados, passou-se à fase de sistematização deles. Para tanto, fez-se uso da análise do conjunto de informações acumuladas ao longo do trabalho

de campo através da técnica de análise do conteúdo dos documentos catalogados, entendendo como análise de conteúdo o “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1970, p. 38). Com isso, procurou-se desvendar o conteúdo subjacente nos documentos a partir da análise da normatividade participativa (leis), do agrupamento das regiões orçamentárias com características comuns e das aproximações e distanciamentos entre o OD e o CMS.

A categorização se constituiu como um processo de classificação dos dados que foram orientados pelos objetivos do trabalho e pela hipótese. Assim, a análise de conteúdo possibilitou que se fosse além da simples apresentação e descrição dos dados visando-se a empreender um estudo qualitativo e interpretativo dos fatos.

A partir do processo de classificação e categorização, e do confronto desses com a teoria norteadora da pesquisa, foi possível a identificação de seis eixos analíticos que guiaram a análise comparativa entre o OD e o CMS, quais sejam: grau de institucionalização; formato institucional; natureza; participação; representação; deliberação e impacto distributivo.

Dessa forma, foi facilitada a apreensão das similitudes e diferenciações que caracterizam a implementação e funcionamento das práticas institucionais participativas, o que possibilitou compreender que tanto o OD quanto o CMS-JP mesclam elementos das democracias representativa, participativa e deliberativa. Dessa forma, há uma complementaridade de elementos desses modelos de democracia, os quais se mesclam, em determinados momentos, em uma mesma experiência participativa, como é o caso do OD e em outros; percebe-se, desta forma, a predominância de alguns elementos de um modelo em uma dada instituição, a exemplo do CMS-JP que traz, majoritariamente, traços da democracia deliberativa.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

A tese está estruturada da seguinte forma: no capítulo 2 foi feita uma discussão dos modelos de democracia mais difundidos na literatura no Brasil – a democracia representativa, a participativa e a deliberativa. No capítulo 3, há uma

discussão acerca do modelo democrático vigente no Brasil, onde se destacou a dificuldade de se efetivar a descentralização político-administrativa no país ao confrontá-la com a desigualdade. E, ainda, foram apresentadas as inovações na relação entre a sociedade civil e o Estado com a criação de novos espaços de participação, a exemplo dos OPs e dos conselhos gestores.

No capítulo 4 é apresentada uma contextualização da participação em João Pessoa, enfatizando-se as instituições participativas: o OD e o CMS-JP. No capítulo 5, são apresentados os resultados da pesquisa a partir de um olhar comparativo entre o OD e o CMS-JP tendo, como eixos orientadores da análise, o grau de institucionalização, o formato institucional e sua natureza, a participação, a representação, a deliberação e o impacto distributivo. Por fim, no capítulo 6, são discorrem-se algumas considerações conclusivas.

2 TRÊS FACES DA DEMOCRACIA: REPRESENTAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO

O governo da democracia faz descer a ideia dos direitos políticos até o menor dos cidadãos, tal como a divisão dos bens põe a ideia do direito de propriedade ao alcance de todos os homens.
(Alexis de Tocqueville)

Neste capítulo será apresentada uma discussão acerca da democracia como forma de governo que foi construída através da história. Para tanto, serão apresentadas três definições de democracia: a representativa (também conhecida como democracia liberal), a participativa e a deliberativa.

A discussão da democracia representativa será montada a partir de quatro autores consagrados da teoria democrática: Alexis de Tocqueville, Robert Dahl, Norberto Bobbio e Robert Putnam. A escolha desses autores para acompanhar a trajetória teórica desenvolvida no presente trabalho se deve à aproximação da teoria deles com aspectos que serão expostos e desvelados na análise empreendida, ou seja, esses autores, através de suas argumentações acerca da teoria democrática ajudarão a entender as peculiaridades da participação da sociedade civil nos espaços descentralizados de tomada de decisões, especificamente, no Orçamento Democrático e no Conselho Municipal de Saúde do município de João Pessoa.

É necessário esclarecer que o estudo doravante empreendido não pretende discutir, limitadamente, a democracia direta, mas levar à baila outras formas de democracia que foram sendo formatadas, na sociedade e na história contemporânea, e que chegam, às vezes, a se complementarem numa mesma gestão política: a democracia representativa; a democracia participativa e a democracia deliberativa.

2.1 DEMOCRACIA REPRESENTATIVA

Tocqueville (2005) procurou sistematizar a democracia dos modernos, e, para isso, estudou a democracia americana a partir de vários aspectos presentes nessa

sociedade: a igualdade de condições; a liberdade; a soberania do povo; as formas associativas; o voto universal; a tirania da maioria; dentre outros.

À medida que estudava a sociedade americana, via cada vez mais, na igualdade de condições, o fato gerador de que cada fato particular parecia decorrer e deparava incessantemente com ele como um ponto central a que todas as minhas observações confluíam (TOCQUEVILLE, 2005, p. 7).

É inegável que a igualdade de condições se constitui em um elemento fundamental para o aprofundamento de qualquer democracia. Sendo assim, nas sociedades que querem ser democráticas, este aspecto precisa ser considerado, pois, para que os cidadãos participem da construção e fortalecimento de práticas democráticas, imprescindível que estes gozem de igualdade de condições, a qual que deve atingir a totalidade dos cidadãos participantes, desde aqueles que assumem cargos políticos na administração pública até os que atuam em espaços comunitários de tomada de decisões.

Associada à igualdade de condições, Tocqueville (2005) acrescenta a liberdade como uma necessidade dos governos democráticos, “os homens serão perfeitamente livres, porque serão todos completamente iguais; e serão perfeitamente iguais porque serão completamente livres” (TOCQUEVILLE, 2005, p. 174). Não há, portanto, como separar a igualdade da liberdade. Ambas caminham juntas na construção da democracia. Não basta, a uma sociedade, lograr uma igualdade exorbitante quando não se tem liberdade.

Outro tema presente nas análises de Tocqueville (2005) é o que trata da soberania do povo, que é, eventualmente, encontrada no seio de quase todas as instituições humanas. Ao discorrer acerca do princípio da soberania popular, a partir da sua aplicação na história, o autor argumenta que,

Uns viram sua expressão nos sufrágios comprados de alguns agentes de poder; outros nos votos de uma minoria interessada ou temerosa; há até mesmo os que a descobriram totalmente formulada no silêncio dos povos e que pensaram que do *fato* da obediência nascia, para eles, o *direito* do comando (TOCQUEVILLE, 2005, p. 65) (grifos do autor).

Assim, o referido autor aponta três aspectos negativos da soberania popular: 1) o sufrágio corrompido; 2) minoria interessada; e, 3) o direito do comando conquistado pelo silêncio do povo. Tais formas apresentados por Tocqueville (2005) vão servir de contraponto à soberania do povo na América que, segundo ele, é reconhecida pelos costumes e proclamada pelas leis. Acrescenta, ainda, que, na América, desde a sua origem, o princípio de soberania do povo havia sido o elemento gerador de todas as colônias inglesas na América.

No entanto, com a revolução americana o dogma da soberania do povo saiu da comuna e apoderou-se do governo, passando a ser a lei das leis. Dessa forma, o princípio da soberania do povo passou por dois momentos: 1) as leis eram construídas pelo povo; 2) as leis passam a ser elaboradas pelos deputados que, através do voto, conquistam o direito de representar o povo. Assim, o povo participa da composição das leis pela escolha dos legisladores, da sua aplicação pela eleição dos agentes do poder executivo; pode-se dizer que governa por si mesmo, ou seja, o povo reina sobre o mundo político americano como Deus sobre o universo.

Um aspecto primordial na discussão democrática trazida por Tocqueville (2005) é o que trata da existência de formas associativas dos cidadãos, como estratégia de fortalecimento da igualdade e da liberdade. Para este autor,

[...] uma associação consiste apenas na adesão pública que certo número de indivíduos concede a estas ou àquelas doutrinas e no compromisso que assumem de cooperar, de certa maneira, para fazê-las prevalecer (TOCQUEVILLE, 2005, p. 170).

Motivadas pela liberdade de associação, as sociedades criaram diversas formas associativas na América. De todas as categorias de associações, a que teve, e ainda tem, papel importante para o fortalecimento da democracia, é a associação política, pois,

Quando se permite que uma associação política estabeleça núcleos de ação em certos pontos importantes do país, ali, os homens se encontram, os meios de execução são combinados, as opiniões se desdobram com aquela força e aquele calor que não pode jamais ser alcançado através do pensamento escrito (TOCQUEVILLE, 2005, p. 170).

A noção de associativismo nas sociedades democráticas, exposta por Tocqueville (2005), fortalece a ideia de um sistema representativo, visto que a base da associação é a participação da maioria dos indivíduos e não da totalidade. Com isso, origina-se a possibilidade de uma parte dos indivíduos se tornarem representantes dos demais.

Nesse sentido, Tocqueville (2005) acreditava que, na Europa, uma das grandes vantagens do voto universal seria chamar, à direção dos negócios públicos, homens dignos de confiança pública, pois o povo, por si só, não seria capaz de se governar. Por isso, passavam a designar a outros mais capazes de empunhar o poder, pensando, assim, no bem do Estado. Ao contrário, nos Estados Unidos, os homens mais notáveis raramente são chamados para as funções públicas. Isso ocorre porque, por mais que se eleve o acesso aos conhecimentos humanos; por mais que se melhorem os métodos de ensino e se vulgarize a ciência, nunca se conseguirá que os homens se instruem e desenvolvam sua inteligência sem dedicar tempo para fazê-lo. Enfim, o povo nunca encontra tempo e meios para se dedicar ao trabalho das funções públicas.

Daí pode-se afirmar que não é sempre a capacidade que falta à democracia para escolher homens de mérito para o exercício das funções públicas, mas o desejo e o gosto. Pois,

Não se deve dissimular que as instituições democráticas desenvolvam em altíssimo grau o sentimento de inveja no coração humano. Não é tanto porque elas oferecem a cada um meio de se igualar aos outros, mas porque esses meios fracassam sem cessar para os que os empregam. As instituições democráticas despertam e afagam a paixão da igualdade sem nunca poder satisfazê-la inteiramente (TOCQUEVILLE, 2005, p. 231).

Tocqueville (2005) enfoca a diferença entre os representantes do povo (assembleia) e o senado. Os primeiros são personagens obscuras – advogados da província, comerciantes ou mesmo homens pertencentes às últimas classes, estes nem sempre sabem escrever corretamente. Os senadores são eloquentes advogados, generais distintos, hábeis magistrados ou homens de estado conhecidos. O autor ainda questiona, “donde vem este contraste esquisito?” e responde em seguida.

A eleição que produz a câmara dos representantes é direta; aquela de que emana o senado é submetida a dois graus. A universalidade dos cidadãos nomeia a legislatura de cada Estado, e a constituição federal, transformando por sua vez cada uma dessas legislaturas estaduais em corpo eleitoral, aí busca os membros do senado. Os senadores exprimem, portanto, muito embora indiretamente, o resultado do voto universal, porque a legislatura, que nomeia os senadores depende essencialmente da universalidade dos cidadãos (TOCQUEVILLE, 2005, p. 235).

Nesse sentido, havia, na América de Tocqueville, uma diferenciação clara entre a Câmara dos Representantes e o senado, ou seja, ambos dependiam do voto popular; no entanto, a Câmara despontava, aos olhos do autor, como a que melhor representava o povo, pelo fato da prevalência do voto direto.

Segundo Tocqueville (2005), é mais fácil perceber os vícios e as fraquezas do governo da democracia (seus defeitos impressionam de saída) do que perceber a sua influência salutar (suas qualidades só se desdobram a longo prazo).

Em comparação com a aristocracia, que manipula, nas mãos da minoria, a riqueza e o poder, as leis da democracia tendem ao bem da maioria, pois emanam da maioria dos cidadãos. No entanto, as leis da democracia são sempre defeituosas e intempestivas.

O princípio da maioria é um dos princípios da democracia que Tocqueville (2005) acredita ser bastante problemático, chegando até a chamá-lo de “tirania da maioria”. Para ele, o império moral da maioria se baseia na ideia de que há mais luzes e sabedoria em muitos homens reunidos do que em um só, mais no número de legisladores do que na escolha. Além disso, o império da maioria se baseia no princípio de que os interesses da maioria devem ter preferência sobre os da minoria.

Uma das vantagens do governo da democracia é a introdução da ideia dos direitos no mundo político, pois, “o governo da democracia faz descer a ideia dos direitos políticos até o menor dos cidadãos, tal como a divisão dos bens põe a ideia do direito de propriedade ao alcance de todos os homens” (TOCQUEVILLE, 2005, p. 279). Então, tem-se, em Tocqueville a preocupação de combinar, na democracia, elementos da participação e da igualdade.

Outro autor que se dedicou ao estudo da democracia foi Robert Dahl (2001), que parte do pressuposto de que uma característica-chave da democracia é a contínua responsabilidade do governo às preferências de seus cidadãos,

considerados como politicamente iguais. O autor entende a democracia como sendo um sistema político que tenha, como uma de suas características, a qualidade de ser de seus cidadãos. No entanto, para que isso aconteça, é preciso que todos os cidadãos tenham acesso para formular e expressar as suas preferências tanto ao governo quanto aos seus concidadãos através da ação individual e coletiva, e de ter suas preferências igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação decorrentes do conteúdo ou da fonte das preferências.

Sendo assim, Dahl (2001) identifica a importância de ações coletivas no processo de definição de prioridades da população e que a democracia não se limita apenas ao voto. Com isso, o autor aponta a possibilidade da democracia participativa.

A discussão que Dahl (2001) apresenta sobre a democracia como meio de atendimento das preferências do povo ainda está distante do que está em voga na sociedade brasileira atual. Se, por um lado, foi criada, nos últimos anos, uma diversidade de espaços democráticos de gestão compartilhada, onde os cidadãos podem expor suas preferências frente ao governo, por outro lado, as preferências dos cidadãos são, ainda, desconsideradas devido à persistência de práticas clientelistas presentes no Brasil.

Dessa forma, os cidadãos ativos, sem dúvida, deveriam ser os protagonistas de todo o processo político de discussão das ações desenvolvidas pelo governo, ou seja, a vontade dos cidadãos deveria ser considerada em primeiro lugar. Se for aplicada esta premissa a alguns Orçamentos Participativos desenvolvidos no Brasil ver-se-á que esta não é respeitada na íntegra, pois os integrantes do processo participativo, em sua maioria, formulam e expressam as suas preferências e/ou demandas, que nem sempre são consideradas pelo governo.

Como levar em conta, então, os conflitos de interesses produzidos pela eleição legítima dos representantes do povo? Seriam legítimas apenas as preferências dos cidadãos expressas diretamente? Talvez, a resposta a essas questões esteja em Bobbio.

Ao lado das oportunidades plenas, Dahl (2001) apresenta oito garantias institucionais, que a seu ver, deveriam proporcionar uma escala teórica em cujo âmbito seria possível ordenar diferentes sistemas políticos. Para cada oportunidade o autor apresenta uma série de garantias, quais sejam: 1) liberdade de formar e

aderir a organizações; 2) liberdade de expressão; 3) direito de voto; 4) elegibilidade para cargos públicos; 5) direito de líderes políticos disputarem votos; 6) fontes alternativas de informação; 7) eleições livres e idôneas; e, 8) instituições para fazer com que as políticas governamentais dependam de eleições e de outras manifestações de preferência.

Nos termos de Dahl (2001), a democracia é a forma de governo que apresenta consequências desejáveis, uma vez que se constrói pela observância de uma série de vantagens:

A democracia ajuda a impedir o governo de autocratas cruéis e perversos, garante aos cidadãos uma série de direitos fundamentais que os governos não-democráticos não proporcionam, assegura aos cidadãos uma liberdade individual mais ampla que qualquer alternativa viável, ajuda a proteger os interesses fundamentais das pessoas. Apenas um governo democrático pode proporcionar uma oportunidade máxima para os indivíduos exercitarem a liberdade de autodeterminação, o exercício da responsabilidade moral e a igualdade política. A democracia promove o desenvolvimento humano (DAHL, 2001, p. 58).

Nesse sentido, a democracia, mais do que desejável, torna-se necessária. O conjunto de vantagens, citado acima por Dahl (2001), apresenta elementos proponentes da poliarquia, como um governo que é direcionado para as múltiplas minorias e que também pode fornecer uma teoria satisfatória a respeito da igualdade política.

Assim, Dahl (2001) entende a poliarquia como o sistema político das sociedades industriais modernas, caracterizado por uma forte descentralização dos recursos do poder e no seio do qual as decisões essenciais são tomadas a partir de uma livre negociação entre uma pluralidade de grupos, autônomos e concorrentes, mas ligados, mutuamente, por um acordo mínimo sobre as regras do jogo social e político.

Segundo Dahl (2001), existem boas razões para se pensar numa transformação de um regime oligárquico em uma poliarquia, quais sejam:

- a) Existem as liberdades liberais clássicas, que são uma parte da definição de contestação pública e de participação: oportunidades de exercer oposição ao governo; formar organizações políticas; manifestar-se sobre questões políticas sem temer represálias governamentais; ler e ouvir opiniões alternativas; votar secretamente em eleições em que candidatos de diferentes

- partidos disputam votos e depois dos quais os candidatos perdedores entregam os cargos pacificamente aos candidatos vencedores;
- b) A participação ampliada combinada com a competição política provoca uma mudança na composição da liderança política, particularmente, entre aqueles que conquistam cargos públicos através de eleições – cargos parlamentares;
 - c) Na medida em que um sistema se torna mais competitivo ou mais inclusivo, os políticos buscam o apoio dos grupos que, agora, podem participar mais facilmente da vida política;
 - d) Em qualquer país, quanto maior a oportunidade de expressar, organizar e representar preferências políticas, maior a variedade de preferências e interesses passíveis de representação na política;
 - e) As consequências para as políticas governamentais de patamares de participação e de contestação pública mais baixa, infelizmente, não são claras; e,
 - f) Em períodos de tempos prolongados, as diferenças de regimes passam a agir sobre crenças, atitudes, cultura e pessoas.

Deste modo, faz-se necessário que o sistema democrático privilegie a participação dos cidadãos em todo o processo de tomada de decisões no Estado, desde a formulação até a execução das ações do governo, visto que, por trás de um governo, deve existir um corpo de cidadãos que o legitime e que tenha importância reconhecida no governo.

Outro autor, de suma importância na discussão da democracia moderna é Norberto Bobbio, por dedicar boa parte de sua obra ao debate das regras do jogo democrático e à diferenciação entre democracia representativa e democracia direta, enfim, ao controle e obediência às regras da democracia.

Para Bobbio (2000), quando se fala em democracia, o único modo de se chegar a um acordo é considerar que ela é caracterizada por um conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelecem quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e mediante quais procedimentos, pois, para que as decisões tomadas por indivíduos (um, poucos, muitos, todos) possam ser aceitas como uma decisão coletiva é preciso que seja tomada com base em regras que estabeleçam quais são os indivíduos autorizados a tomar decisões vinculatórias para todos os membros do grupo.

Como é impossível que todos os indivíduos tomassem decisões coletivas sobre todos os assuntos políticos, os que são chamados ou autorizados a tomar esse tipo de decisão, o faz em nome da maioria. Assim, a regra da maioria, fundamental na democracia, é aquela segundo a qual se fundam e são tomadas as decisões coletivas (decisões aprovadas, ao menos, pela maioria daqueles a quem compete tomar a decisão).

A regra da maioria ou o princípio da maioria é um ponto divergente entre Tocqueville (2005) e Bobbio (2000). O primeiro acredita que o princípio da maioria coloca em risco a própria democracia, uma vez que desconsidera a vontade das minorias, por isso, esse princípio pode até mesmo se transformar numa tirania da maioria. Já o segundo acredita que a regra da maioria é fundamental para o bom desenvolvimento da democracia e uma sociedade que não considere tal regra nos processos de tomada das decisões coletivas não pode ser denominada como democrática.

Não sendo suficiente para que haja democracia que as decisões sejam todas direta ou indiretamente por uma maioria de sujeitos é fundamental uma terceira condição: que aqueles que são chamados a decidir ou a eleger os que vão decidir sejam colocados diante de alternativas reais e postos em condição de poder escolher entre uma e outra, e que sejam asseguradas, a esses sujeitos, os direitos de liberdade de opinião, de expressão das próprias opiniões, de reunião e de associação.

Nesse aspecto, Bobbio (2000) se aproxima de Dahl (2001), segundo o qual os cidadãos precisam ter o direito de expressar as suas preferências as quais precisam ser consideradas em todo o processo de participação. No entanto, o simples fato de os cidadãos serem chamados a participar e expressar as suas preferências/demandas sociais não atribui, a uma determinada sociedade, o *status* de democrática, mas é necessário que essa participação seja respeitada em todas as suas instâncias, ou seja, que as preferências dos cidadãos e as regras de tomada de decisões sejam, na íntegra, resguardadas.

Bobbio (2000) entende que a democracia representativa é caracterizada pela participação indireta da população nos processos decisórios. Nesta forma de governo, a população elege seus representantes e lhes confere poder de decisão. Em geral, a expressão “democracia representativa” significa que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são

tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade (BOBBIO, 2000, p. 56).

Na concepção liberal da democracia, a participação no poder político, que sempre foi considerada o elemento caracterizante do regime democrático, é resolvida através da representação, pois, “parece claro que, em nível nacional, deva haver certo tipo de sistema representativo, e não uma democracia puramente direta” (MACPHERSON, 1978, p. 99).

Neste ponto reside o porquê da inviabilidade de uma democracia puramente direta pela impossibilidade de todos os cidadãos participar de todas as decisões da população. As grandes nações teriam dificuldades em atingir o conjunto da população.

As definições de democracia que se pautam na tradição democrática liberal são elencadas por Bobbio, Matteucci e Pasquino (2002) como regras do jogo democrático: a) o órgão político máximo deve ser composto de membros, direta ou indiretamente, eleitos pelo povo; b) junto ao órgão supremo legislativo deverá haver outras instituições; c) todos os cidadãos que tenham atingido a maioria devem ser eleitores; d) todos os eleitores devem ter voto igual, ser livres para votar segundo a própria opinião formada, o mais livremente possível, e serem postos em condição de ter reais alternativas; e) é válido o princípio da maioria numérica; f) nenhuma decisão tomada por maioria deve limitar os direitos da minoria; g) o órgão do governo deve gozar de confiança do Parlamento ou do chefe do poder executivo.

O conjunto de regras supracitado determina como deve funcionar um sistema democrático, estabelecendo possibilidades e limites dos envolvidos no processo democrático liberal – representantes e representados. Essas regras não são únicas e podem variar de acordo com os lugares onde a democracia é adotada. Portanto, não é possível estabelecer quantas regras devem ser observadas para que um regime possa se dizer democrático. Pode-se afirmar que se um regime não observa nenhuma das regras citadas não é, certamente, um regime democrático (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2002).

Bobbio (2000) se dedica, ainda, a examinar o contraste existente entre o que fora prometido e o que, efetivamente, fora realizado – as promessas não-cumpridas que delimitam a democracia real e a ideal, quais sejam:

a) A distribuição do poder – o que aconteceu nos estados democráticos foi exatamente o oposto: sujeitos politicamente relevantes se tornaram sempre

mais influentes e poderosos quando organizados em grupos, grandes organizações, associações, enfim, das mais diversas ideologias, ao passo em que foram sempre menos destacados quando atuaram enquanto indivíduos isoladamente. Os grupos, e não os indivíduos, são os protagonistas numa sociedade democrática na qual não existe mais o soberano, nem o povo composto por indivíduos que adquiriram o direito de participar, direta ou indiretamente do governo, mas apenas o povo dividido, de fato, em grupos contrapostos e competitivos com sua relativa autonomia diante do governo central;

- b) A representação** – a democracia moderna deveria ser caracterizada pela representação política, na qual o representante, sendo chamado a perseguir os interesses da nação, não pode estar sujeito a um mandato vinculado. Entretanto, jamais uma norma constitucional foi mais violada que a da proibição do mandato imperativo, pois, quem representa interesses particulares tem sempre um mandato imperativo. Jamais um princípio foi mais desconsiderado que o da representação política;
- c) A derrota do poder oligárquico** – a presença de elites no poder não elimina a diferença entre regimes democráticos e regimes autocráticos. Apesar de não eliminarem jamais as oligarquias no poder, as diversas formas de governo se distinguem com base na sua diversa formação e organização;
- d) O espaço limitado** – se a democracia não consegue derrotar por completo o poder oligárquico, é ainda menos capaz de ocupar todos os espaços nos quais se exerce um poder que toma decisões vinculatórias para um inteiro grupo social;
- e) A eliminação do poder invisível** – a democracia nasce como forma de eliminar, para sempre, das sociedades humanas, o poder invisível e de dar vida a um governo cujas ações deveriam ser desenvolvidas publicamente;
- f) A educação para a cidadania** – a educação, para a democracia, surgiria no próprio exercício da prática democrática. No entanto, a debilidade na educação para a cidadania criou cidadãos ativos e passivos.

As promessas não cumpridas, das quais se falou acima, revelam a dificuldade que a democracia vem encontrando em se firmar como forma de governo que realmente se estrutura a partir da participação dos cidadãos. Vale ressaltar que a

democracia que Bobbio está falando é a democracia representativa, embora, seja essa a principal crítica às tentativas de ampliar a democracia através de mecanismos semi-diretos atuais, como o são o Orçamento Participativo e os Conselhos Municipais de Saúde.

O autor ainda apresenta três obstáculos ao descumprimento das promessas da democracia: primeiro, na medida em que as sociedades passaram de uma economia familiar para uma economia de mercado, de uma economia de mercado para uma economia protegida, regulada, planejada – aumentaram os problemas políticos que requerem competências técnicas; o segundo diz respeito ao contínuo crescimento do aparato burocrático, de um aparato de poder ordenado, hierarquicamente, do vértice à base; e, o terceiro, que se refere à ingovernabilidade da democracia, pois o processo de emancipação fez com que a sociedade civil se tornasse, cada vez mais, uma inesgotável fonte de demandas dirigidas ao governo, ficando este, para bem desenvolver a sua função, obrigado a dar respostas sempre adequadas. Assim, a democracia, ao contrário da autocracia, tem a demanda fácil e a resposta difícil.

Um dos elementos fundamentais da democracia representativa é o voto, alcançado através do sufrágio universal, que atribui poder aos eleitos para a tarefa da representação. Esse tem sido, durante muito tempo, o principal indicador usado para medir o desenvolvimento democrático. No entanto, o que deve ser considerado, nos dias atuais, são os espaços políticos e não o número de votantes, pois, “para dar um juízo sobre o estado da democratização num dado país, o critério não deve mais ser o de ‘quem’ vota, mas o de ‘onde’ se vota” (BOBBIO, 2000, p. 68).

Estas são questões relevantes para pensar a sociedade brasileira e a democracia que prevalece na atualidade: a democracia representativa ou eleitoral. Nunca se deu tanta ênfase aos processos eleitorais como agora. São muitas as estratégias usadas pelos candidatos aos cargos públicos e, na maioria das vezes, envolvem agressões verbais, difamações e acusações sérias, de modo que quase não se percebem quais são as propostas concretas de tais candidatos.

Assim sendo, pode-se afirmar que só há uma democracia eleitoral “madura” quando se privilegia a participação da totalidade dos cidadãos brasileiros e quando o processo eleitoral, conduzido pelas entidades competentes (da Justiça Eleitoral), goza de muita lisura, sigilo e rapidez. No entanto, não se pode deixar de perceber que há, no Brasil, limitações de escolha; isso ocorre pelo fato de que as pessoas

não têm oportunidades iguais, tanto quanto ao aspecto econômico, quanto pelas mazelas do desnível educacional.

A importância do debate sobre a representação tem ocupado um lugar de destaque, sobretudo, no que se refere à falta de compromisso dos representantes e quanto ao distanciamento em relação às bases.

Nesse sentido, Bobbio, Matteucci e Pasquino (2002), definem a representação política como um mecanismo político particular usado para a realização de uma relação de controle entre governantes e governados. Desta maneira, o representante assume o papel de intermediário entre o governo e os representados.

O que parece preocupante nessa discussão é que “na maior parte dos sistemas representativos já se formou uma categoria profissional específica de representantes, a dos políticos de profissão” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2002, p. 1102). Essa profissionalização da representação ocorre devido a dois fatores. O primeiro é o afastamento do representante com relação ao representado, pois, uma vez eleito, o representante não se sente responsável pelas preferências dos representados. O segundo se refere à ampliação das demandas particulares, ou seja, o representante adquire o “poder” de representar interesses gerais da sociedade civil como um todo e se desresponsabiliza dos interesses particulares de um grupo ou categoria (BOBBIO, 2000). Dessa forma, a rotatividade de representantes fica comprometida de modo que as mesmas pessoas continuam, durante muito tempo, ocupando cargos eletivos.

Robert Putnam, em seu livro “Comunidade e Democracia”, traz uma importante discussão acerca da cultura participativa a partir dos conceitos de instituição democrática, desempenho institucional, comunidade cívica e cultura cívica ao analisar os governos democráticos da Itália Moderna, com base na estrutura de governos regionais. Ele discorre sobre o fato de que o associativismo se apresenta como uma condição necessária para o governo democrático; segundo ele, “as associações civis contribuem para a eficácia e efetividade do governo democrático” (PUTNAM, 1996, p. 103).

De acordo com Putnam, os institucionalistas históricos destacaram continuidades no governo e na política, assim como mudanças institucionais. Esta é uma dinâmica que possibilita a construção e/ou aperfeiçoamento dos governos democráticos. Para tanto, dois aspectos são primordiais nessa discussão:

As instituições moldam a política – as normas e os procedimentos operacionais típicos que compõem as instituições deixam suas marcas nos resultados políticos na medida em que estruturam o comportamento político. Os resultados não podem ser meramente reduzidos à interação de jogo de bilhar dos indivíduos nem a interseção das forças sociais gerais. As instituições influenciam os resultados porque moldam a identidade, o poder e a estratégia dos atores; *As instituições são moldadas pela história* – independente de outros fatores que possam influenciar a sua forma, as instituições têm inércia e “robustez”. Portanto, corporificam trajetórias históricas e momentos decisivos. A história é importante porque segue uma trajetória: o que ocorre antes condiciona o que ocorre depois. Os indivíduos podem “escolher” suas instituições, mas não o fazem em circunstâncias que eles mesmos criaram, e suas escolhas por sua vez influenciaram suas regras dentro dos quais seus sucessores fazem suas escolhas (PUTNAM, 1996, p. 23, grifo nosso).

Além disso, Putnam (1996) propõe analisar o desempenho prático das instituições partindo do pressuposto de que este é moldado pelo contexto social. Sendo assim, o conceito de desempenho institucional se baseia num modelo bem simples de governança: 1) demandas sociais; 2) interação política; 3) governo; 4) opção política; 5) implementação.

Para apresentar um bom desempenho, uma instituição democrática deve ser, a um só tempo, sensível e eficaz: sensível às demandas de seu eleitorado e eficaz quanto à utilização dos recursos destinados a elas.

Dessa forma, o desempenho institucional é importante porque, afinal, a qualidade do governo interessa à vida das pessoas ou, caso ele venha a falhar, nada disso acontece.

Assim, as *comunidades cívicas*, compostas por *associações vigorosas*, apresentam-se propícias à criação e fortalecimento de governos democráticos. A *comunidade cívica* é entendida por este autor como “aquela comunidade que se caracteriza por cidadãos atuantes e imbuídos de espírito público, por relações políticas igualitárias, por uma estrutura social firmada na confiança e na colaboração” (PUTNAM, 1996, p. 30).

Logo, o bom desempenho das associações resultaria numa comunidade mais cívica que, conseqüentemente, influenciaria o funcionamento dos governos democráticos. Tomamos essa ideia como lente para observar o sistema associativo, que dá sustentação aos processos de participação nos Orçamentos Participativos no Brasil.

Sabe-se que a maioria dos participantes do OP é proveniente das entidades associativas em funcionamento nos municípios, e que estas direcionam suas lutas/reivindicações para questões mais localizadas e referentes à melhoria das condições de vida dos associados. Tais lutas/reivindicações ocorrem, predominantemente, em nível de ajustamento consensual de vontades, em oposição aos enfrentamentos dissidentes.

Na teoria de Putnam (1996), há a afirmação de que a comunidade cívica gera democracia. A presente tese se alinha com tal noção, entretanto, assevera-se que a simples rede associativa não deve ser confundida com uma cultura cívica influenciadora da participação autônoma da cidadania, realidade dúbia de muitos municípios brasileiros que, às vezes, dispõem de uma vasta base associativa, mas, com elos frágeis para viabilizar uma democracia participativa.

Por isso, é preciso dar uma atenção maior à natureza dessas associações e, principalmente, ao grau de autonomia exercido. A existência, por si só, de associações como novos espaços ditos “democráticos” não respaldam o aprofundamento da democracia, caso esses espaços estejam maculados por “arranjos” políticos tendentes a beneficiar certos gestores em detrimento da população daqueles integrantes.

Nesse sentido, Putnam (1996), tendo como referência a realidade italiana, defende a importância dos sistemas de participação cívica² como resultado das relações de confiança cívica e de reciprocidade. Assim, quanto mais desenvolvidos forem estes sistemas numa comunidade, maior será a probabilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo.

Esses sistemas de participação cívica são de extrema relevância para que seja observado o tipo de participação desenvolvida nos espaços de tomada de decisão quanto aos orçamentos participativos, posto que possibilitam uma leitura crítica das relações estabelecidas entre os participantes do processo, bem como das entidades que estes últimos representam. Realmente, é preciso que sejam instauradas ou fortalecidas relações de confiança e de reciprocidade entre os cidadãos envolvidos no processo de participação, o que dificultaria a manipulação de lideranças políticas e a corrupção dos espaços públicos de gestão democrática.

²Sistemas de intercâmbio e de comunicação interpessoais (formais ou informais), que são, basicamente, horizontais, por congregarem agentes detentores do mesmo *status* e do mesmo poder.

Portanto, o debate de Putnam leva a analisar as formas de associação comunitária existentes na sociedade brasileira, e, particularmente, na região nordestina que surgiram na segunda metade do século XX, como mecanismos de participação comunitária, no entanto, presas fáceis de governos paternalistas. Muitas dessas associações viriam a integrar o novo cenário inaugurado com a Constituição Federal de 1988, cujas disposições preveem a criação de espaços participativos no Brasil.

2.2 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

O presente tópico apresenta a participação como princípio norteador da democracia participativa além de mostrar como, a partir da década de 70, este instituto passou figurar nos diversos entes federativos, como uma alternativa à crise dos sistemas representativos.

A participação tem assumido papéis e sentidos diversos na construção e efetivação da democracia, de forma direta e indireta. Na democracia representativa, a participação se tem efetivado indiretamente, ao passo em que, na democracia participativa, a participação se consubstancia de forma direta e indireta.

Após inúmeras tentativas de democratizar a relação entre os participantes – cidadãos preocupados com as questões políticas – e os governos, percebeu-se que este instituto tomou novos rumos, dado o fato de que os gestores, em sua grande maioria, assumiram uma postura de indiferença no trato com os grupos sociais (salvo quando a ação coletiva de tais grupos os obrigava a tomar determinadas decisões).

A mudança não se dá apenas nos termos político-militantes da participação como um todo, mas na sua natureza e significação, do ponto de vista dos representantes da sociedade civil e dos “condutores” da gestão pública.

Neste sentido, ocorre a *institucionalização da participação cidadã*. A participação deixa de ser uma atividade esporádica de pequenos grupos e assume um caráter universalizante, privilegiando a abertura de novos canais de participação política da população nos mais variados âmbitos da gestão pública. Sobre esta questão Teixeira (2002, p. 138) afirma que,

Na busca de uma nova institucionalidade, atribui-se aos cidadãos oriundos das associações voluntárias alguns papéis próprios de agentes do poder administrativo. É o caso dos conselhos de gestão – criados em todas as esferas de governo, como instância de interlocução e de proposição, e também, formalmente, instâncias deliberativas e de gestão –, mesmo se, devido à experiência, à dificuldade de articulação entre os componentes e a falta de recursos e de capacidade técnica, ainda não assumam efetivamente suas funções.

Essa institucionalização ocorre por meio de sua regulamentação em leis e constituições em toda a América Latina as quais são fundamentais para o aprofundamento dos processos democráticos. Nesse sentido, há uma maior participação dos cidadãos nos assuntos públicos.

Essa nova face da participação vai desencadear uma exigência maior sobre a própria democracia, ou seja, torna-se inconcebível que um sistema de governo que se considere venha a negar a participação da sociedade. Por isso, a teoria democrática se vê impulsionada a promover mudanças em seu interior. Em muitos países, a democracia passou a ser reinventada, pois a sua característica representativa de *per sí* não respondia aos anseios da população.

O processo de participação tem o mérito de assegurar a igualdade política através dos espaços de tomada de decisões, pois os cidadãos são iguais, mas independentes, isto é, não dependem de ninguém para votar e opinar, de modo que, na assembleia política, nenhum cidadão precisa votar a favor de qualquer política que não seja de seu interesse ou do interesse de outros (PATEMAN, 1992).

Entretanto, considerando-se os círculos políticos que cercam a participação, o que se observa na realidade é que a participação é livre até certo ponto, pois, no momento em que os interesses coletivos da população interferem nos interesses particulares de grupos políticos que se sentem “donos do poder”, esses grupos usam de sua transitória autoridade política para inibir os participantes.

Tais círculos são compostos por representantes do legislativo, do executivo e de grupos políticos com força política junto aos participantes, influência que é construída através de relações pessoais ou políticas que envolvem promessas e dádivas entre os grupos que representam os interesses gerais das comunidades e os que “monitoram” essa participação.

No entanto, esses círculos vêm sofrendo mudanças, pois o processo de participação é também um processo de aprendizagem e os participantes vão, aos poucos, criando estratégias que contrariam os grupos políticos que pretendem conduzir o processo de participação. Sabe-se que esse processo de mudança é lento e cauteloso.

A participação ocorre na tomada de decisão e esse se dá por meio de um processo educativo, pois, no governo local, “o importante é a participação direta na própria tomada de decisões, porque tal experiência integra o indivíduo à sua sociedade e constitui o instrumental para transformá-la numa verdadeira comunidade” (ROUSSEAU apud PATEMAN, 1992, p. 25). Para ele, a função central da participação é a educativa, considerando-se o termo educação em seu sentido mais amplo.

O caráter educativo da participação nos processos decisórios tem ocupado papel de destaque na discussão da democracia. A aprendizagem, advinda da participação, nos mais variados espaços, ganha notoriedade e é entendida como uma das variáveis responsáveis pela avaliação do *desempenho institucional* dos instrumentos democráticos (PUTNAM, 1996).

A aprendizagem da democracia por meio da participação direta/semi-direta dos cidadãos se dá no âmbito local, pois é na localidade que o cidadão materializa sua participação. Dessa forma, a localidade, como prioridade da efetividade da democracia, é cada vez mais consistente. Nos termos de Dowbor (2003, p. 9):

É no espaço local que a população vive, e as pessoas estão se dando gradativamente conta que a grande política, nacional ou global, nunca terá sentido se não se traduzir na prosaica ‘qualidade de vida’ do cidadão, na segurança de ir e vir, na densidade dos espaços verdes.

Enfim, o local é o espaço, por excelência, onde as relações sociais são construídas e vivenciadas. É na localidade que se dá a articulação dos atores sociais nos movimentos sociais e nas associações comunitárias. Nesse sentido, o município é o lugar privilegiado no qual se verifica o fortalecimento de instituições democráticas de tomada de decisões, a exemplo dos conselhos gestores e dos orçamentos participativos implementados no Brasil nas duas últimas décadas. No entanto, nem todos os municípios estão preparados para lidar com essa nova cultura de participação; de fato, nos municípios sem tradição organizativo-associativa esses

espaços vêm se constituindo apenas como uma realidade jurídico-formal, um instrumento a mais nas mãos das elites políticas (GOHN apud PEREIRA, 2004).

Na tentativa de entender o que ocorre nos novos espaços de participação colacionou-se o entendimento de Teixeira (2002) sobre a participação cidadã, definida, por ele, como um processo complexo e contraditório entre sociedade civil, Estado e mercado, em que os papéis se redefinem pelo fortalecimento dessa sociedade civil mediante a atuação organizada dos indivíduos, grupos e associações.

Desse modo, a participação pressupõe a existência de uma teia de relações de poder que a permeia, uma vez que seus atores são parte do processo e precisam estar abertos ao diálogo com os outros integrantes do processo de participação. Neste aspecto, reside uma das grandes incógnitas da participação: caso essas relações de poder não sejam assumidas ou superadas, a participação se submete a um “círculo vicioso”. Por um lado, cria-se uma cultura participacionista que emperra o processo de construção da democracia, ou seja, multiplicam-se os espaços de participação, mas os resultados concretos não aparecem; por outro lado, a participação se transforma numa nova formalidade burocrática.

A existência de espaços de participação na sociedade não garante, de *per si*, o sucesso e o fortalecimento da democracia participativa; imprescindível, então, uma “participação qualificada” nesses espaços democráticos. Para tanto, entende-se por participação qualificada aquela que se efetiva através da ação concreta dos sujeitos sociais, ou seja, a participação nos processos decisórios que resulta no aprofundamento do processo e na melhoria das condições de vida da população. Enfim, a contribuição para o exercício da *cidadania ativa* (BENEVIDES, 1996).

Dessa forma, a participação é um instrumento de controle do Estado pela sociedade, portanto, de controle social e político, estabelecendo a possibilidade de os cidadãos definirem critérios e parâmetros para orientar a ação pública. O entendimento do controle social tem duas dimensões básicas: 1) a que corresponde à *accountability* (a prestação de contas conforme parâmetros estabelecidos socialmente em espaços públicos próprios); e 2) a que consiste na responsabilização dos agentes políticos pelos atos praticados em nome da sociedade, conforme os procedimentos estabelecidos nas leis e nos padrões éticos vigentes (TEIXEIRA, 2002).

Portanto, a premissa maior da democracia participativa é o fortalecimento da participação dos cidadãos nos processos democráticos de tomada de decisão, mesmo que, no desenho institucional, as democracias se combinem: a representativa em âmbito nacional e a participativa em âmbito local. Nos municípios, são “inventadas” as formas de participação e implantados projetos participativos (conselhos gestores e OPs). O que dificulta o aperfeiçoamento desses projetos é o fato de que poderem, ou não, ser assumidos pelos governos subsequentes.

Um dos autores que melhor discute a democracia nos dias de hoje é Boaventura de Sousa Santos. Ele parte do pressuposto de que existe uma concepção hegemônica e concepções não-hegemônicas de democracia.

Para esse autor, a concepção hegemônica de democracia é composta pelos seguintes elementos: a) a contradição entre mobilização e institucionalização, b) a valorização positiva da apatia política, a concentração do debate democrático na questão dos desenhos institucionais das democracias, e c) o tratamento do pluralismo como forma de incorporação partidária e disputa entre as elites e a solução minimalista para o problema da participação pela via da discussão das escalas e da complexidade.

Todos esses elementos, no entanto, apontados como construtores da concepção hegemônica da democracia, não conseguem enfrentar, adequadamente, o problema da qualidade da democracia que voltou à tona com a, assim chamada, “terceira onda da democratização”, pois, quanto mais se investe na fórmula clássica de democracia, menos se consegue explicar o paradoxo de a extensão da democracia ter trazido, consigo, uma enorme degradação das práticas democráticas.

A discussão sobre a democracia da primeira metade do século XX foi marcada pelo enfrentamento de duas concepções de mundo e sua relação com o processo de modernização do ocidente: a) a concepção liberal-democrática (MACPHERSON, 1978), e, b) a concepção marxista de democracia que entendia a autodeterminação no mundo do trabalho como centro do processo de exercício da soberania por parte dos cidadãos entendidos como indivíduos produtores (PATEMAN, 1992).

Segundo Santos (2002), dois autores defendem bem essa concepção hegemônica da democracia: Schumpeter e Bobbio. Para Schumpeter (1961), o processo democrático é um método político, um arranjo institucional para se chegar

a decisões políticas e administrativas. Dessa forma, ele toma uma preocupação procedimental, transformando as regras para tomada de decisões em um método para a constituição de governos.

Bobbio (2000), por sua vez, diferencia-se do pensamento de Schumpeter ao transformar o procedimentalismo em regras para a formação do governo representativo. Para ele, a democracia se constitui de um conjunto de regras para a formação de maiorias, entre as quais valeria a pena destacar paridade dos votos e a ausência de distinções econômicas, sociais, religiosas e étnicas na constituição do eleitorado.

Portanto, a concepção schumpeteriana da democracia adota, integralmente, o argumento da manipulação dos indivíduos nas sociedades de massa. Para ele, os indivíduos cedem a impulsos irracionais e extra-rationais na política, e agem de maneira quase infantil ao tomar decisões.

As concepções não-hegemônicas da democracia surgem na segunda metade do século XX. Ao largo da formação de uma concepção hegemônica da democracia como prática restrita de legitimação de governos, surgiu também, no pós-guerra, um conjunto de concepções alternativas ou contra-hegemônicas. A maior parte das quais manteve a resposta procedimental ao problema da democracia, vinculando procedimento com forma de vida e entendendo a democracia como forma de aperfeiçoamento da convivência humana.

De acordo com as concepções não-hegemônicas, a democracia é uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade. Portanto, a preocupação central dessas concepções é a mesma que está na origem da concepção hegemônica, mas que recebe uma resposta diferente. Daí porque o reconhecimento da pluralidade humana se dá através de dois critérios: a) a ênfase na criação de uma nova gramática social e cultural, e b) o entendimento da inovação social articulada com a inovação institucional, ou seja, a procura de uma nova institucionalidade da democracia.

Dessa forma, é imprescindível perceber-se que a democracia é uma forma sócio-histórica, e que tais formas não são determinadas por quaisquer tipos de leis naturais. Entretanto, a democracia implica, sempre, uma ruptura com tradições estabelecidas e uma tentativa de instituição de novas determinações, novas normas e novas leis.

Nesse sentido, pensar a democracia como ruptura positiva na trajetória de uma sociedade implica abordar os elementos culturais dessa mesma sociedade. É necessário enfatizar-se apenas dois: o primeiro é definido por Habermas (1989) como incidente na esfera pública – ações em público dos indivíduos que lhes permitem questionar a sua exclusão de arranjos políticos através da deliberação societária. O outro diz respeito ao papel dos movimentos sociais na institucionalização da diversidade cultural, o que levou a uma ampliação do campo político no qual haveria uma disputa pela re-significação das práticas políticas.

De acordo com Santos (2002), a extensão da democracia, que começou no Sul da Europa nos anos 1970, e chegou à América Latina nos anos 1980 recolocou na agenda da discussão sobre a democracia três importantes questões:

Em primeiro lugar, ela recolocou no debate democrático a questão da relação entre procedimento e participação social. Esta gramática implicou na introdução do experimentalismo na própria esfera do Estado, transformando o Estado em um movimento social; Em segundo lugar, o aumento da participação social também levou a uma redefinição sobre a adequação da solução não participativa e burocrática ao nível local, recolocando o problema da escala no interior do debate democrático; Em terceiro lugar, coloca-se o problema entre a relação entre representação e diversidade cultural e social (SANTOS, 2002, p. 54).

Portanto, na mesma proporção em que aumenta o número dos atores envolvidos na política, a diversidade étnica e cultural dos atores sociais e os interesses envolvidos em arranjos políticos, o argumento acerca da representatividade perde credibilidade, ou seja, os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários.

Uma forma que poderia resolver os problemas da suposta crise da representação política seria a complementaridade entre a democracia representativa e a democracia participativa ou até mesmo de articulação entre ambas. Essa ideia de complementaridade entre as democracias é bastante defendida por Santos (2002).

A dinâmica de participação nos orçamentos participativos, de modo particular no orçamento democrático de João Pessoa, revela essa complementaridade da democracia ao misturar momentos de participação direta da população, a exemplo das audiências populares regionais, com momentos de participação delegada, como

ocorre na assembleia geral dos conselheiros regionais ao elegeram o Conselho Municipal do OD.

Conclui-se esta discussão acerca do conceito de democracia participativa trazendo a contribuição de Soares e Gondim (2002) no que se refere à democracia nas grandes cidades brasileiras.

Com a retomada das eleições diretas em 1985, e consequente retomada da “soberania do povo”, os movimentos sociais passaram a gozar de possibilidades concretas de intervir, diretamente, na definição e fiscalização das políticas públicas no plano local. Os autores apresentam três ciclos da democracia nas grandes cidades brasileiras.

O primeiro ciclo é chamado de novo modelo de “democracia urbana” e pode ser caracterizado pelos traços seguintes: a) valorização da participação dos movimentos sociais na definição das políticas públicas locais; b) a hegemonia de uma frente política democrática com um discurso que combinava a condenação ao autoritarismo com propostas de uma democracia substantiva que ultrapassassem o marco da representação; e c) as mudanças no comportamento de segmentos da esquerda quanto à validade de as organizações da sociedade civil abandonar em uma postura meramente contestatória, passando a combinar reivindicação com interlocução direta com as agências estatais.

O segundo ciclo é marcado pelas eleições de 1988, quando o PT sai vitorioso em mais de quarenta cidades (médias e grandes) passando a administrar cerca de 20% do eleitorado brasileiro. Com o retraimento das lideranças liberais democráticas que haviam marcado a fase anterior, o discurso da participação direta ganha maior radicalidade pela ênfase nas propostas de instalação de “conselhos populares deliberativos” como alternativas ao poder.

O terceiro ciclo reforça a ideia do Orçamento Participativo e introduz os conceitos de parceria e desenvolvimento econômico local como condições para uma administração bem-sucedida. O que vai ser o diferencial deste último ciclo é a combinação de formas de participação semidireta na gestão (conselhos setoriais) com a parceria da iniciativa privada, ONGs e organizações populares no desenvolvimento dos projetos econômicos.

Após estudo de quatro gestões (cidades grandes), Soares e Gondim (2002, p. 69) apresentam algumas características presentes nas gestões bem-sucedidas:

Visão estratégica de atuação do governo em termos políticos, administrativos e econômicos; redefinição das funções do Executivo municipal, de forma a priorizar o interesse público, substituindo o clientelismo por formas mais modernas de legitimação; o reconhecimento da importância da promoção de uma imagem favorável da cidade e da administração; e uma nova concepção de democracia que enfatiza, real ou simbolicamente, a descentralização, a participação popular e as parcerias do poder público com diferentes agentes sociais.

Vale lembrar que a eliminação do clientelismo não depende apenas da vontade do prefeito, uma vez que só pode efetivar-se se a prefeitura, como estrutura administrativa, for organizada de tal forma que a implementação das decisões que afetam, direta ou indiretamente, a população possam ocorrer independentemente de atuações de indivíduos ou funcionários da própria prefeitura, o que está distante de se tornar uma prática efetiva na sociedade brasileira.

2.3 DEMOCRACIA DELIBERATIVA

Neste tópico explanar-se-á a discussão habermasiana de democracia, que se edifica a partir dos princípios de argumentação e decisão.

Um dos teóricos que tem dado uma considerável contribuição a teoria democrática é Habermas. No caso desse autor, a democracia é pensada a partir da deliberação dos cidadãos na esfera pública.

Habermas (1989) inaugura uma teoria que traz relevância para os estudos sobre a democracia e sobre a política. Para tanto, desenvolveu duas ideias fundamentais: a esfera pública e a teoria da ação comunicativa.

A esfera pública, segundo Habermas (1989), é a instância geradora do poder legítimo e se localiza fora da vida doméstica, da igreja, do governo, ou seja, é um espaço onde as pessoas discutem sobre a vida, onde as ideias são examinadas, discutidas e argumentadas. Vale lembrar que a esfera pública ocupa uma posição central no processo de permanente fundamentação e justificação das decisões políticas, de sua validação e efetividade, pois ela se torna a arena onde acontecem, de um lado, a aglutinação da vontade coletiva e, no sentido oposto, a justificação de decisões políticas previamente acertadas (TELLES apud FEDOZZI, 2001).

A segunda, e talvez a mais importante ideia de Habermas (1989), é a teoria da ação comunicativa, onde o autor argumenta que qualquer indivíduo que usa a linguagem precisa considerar os quatro níveis de validade: 1) inteligência; 2) veracidade do conteúdo; 3) justificativa dos valores sociais; e 4) sinceridade no discurso. Quando essas quatro regras são respeitadas numa ação comunicativa, a comunicação, certamente, não será distorcida.

A emergência de uma esfera pública é um dos fenômenos analisados por Habermas (1989) que diz respeito à separação entre a subjetividade do indivíduo burguês na esfera privada (esfera íntima) e a atividade material decorrente da retirada das atividades produtivas do interior da casa burguesa.

Dessa forma, a existência de uma esfera pública crítica, constituída por indivíduos capazes de estabelecer relações puramente humanas umas com as outras, teria favorecido o rompimento com as hierarquias fundadas na autoridade e na tradição, criando, assim, condições para a ação política (HABERMAS, 1984).

Assim sendo, Habermas (1989) sustenta que, na esfera pública política, estão presentes dois processos simultâneos e ambivalentes: 1) o uso manipulativo do poder da mídia para a obtenção da lealdade política das massas, e 2) a influência das preferências de consumo frente a imperativos sistêmicos e à geração comunicativa do poder legítimo.

Esses dois processos estão cada vez mais em evidência na sociedade brasileira, apesar de contraditórios: se, por um lado, as grandes empresas midiáticas tentam manter o controle e o poder sobre os indivíduos na esfera pública política; por outro lado surgem, e se mantêm, apesar das limitações, mecanismos e espaços comunicativos legítimos, preocupados em manter uma esfera pública “independente”. Um exemplo disso são as pequenas rádios comunitárias que existem em diversas comunidades como instrumento comprometido com as demandas sociais e a participação efetiva da população na política.

Nesse sentido, Habermas (1989) defende a ampliação da esfera pública através da criação de espaços políticos de realização de procedimentos argumentativos (comunicativos) de formação de opinião e de vontade que orientam as decisões políticas. Esta ampliação adquire, na teoria democrática habermasiana, um papel fundamental para a institucionalização dos espaços deliberativos. Como se pode observar, a teoria do discurso comunicativo na esfera pública reveste-se de elementos das duas concepções e os articula de uma forma nova e distinta:

Coincidindo com o modelo republicano, ela (a teoria do discurso) concede um lugar central ao processo político de formação de opinião e da vontade comum, mas sem entender como algo secundário à estruturação em termos do Estado de direito. Em vez disso a teoria do discurso entende os direitos fundamentais e os princípios do Estado de direito como uma resposta consequente à questão de como institucionalizar os exigentes pressupostos comunicativos do processo democrático. A teoria do discurso não faz a realização de uma política deliberativa depender de uma cidadania coletivamente capaz de ação, mas sim da institucionalização dos correspondentes e pressupostos comunicativos. Assim como no Estado liberal, também na teoria do discurso os limites entre o Estado e a sociedade são respeitados; mas aqui a sociedade civil, como base social de espaços públicos autônomos, distingue-se tanto do sistema de ação econômica quanto da administração pública (HABERMAS, 2002, p. 47-48).

Vale ressaltar que o conceito de esfera pública tem uma característica central ligada ao debate democrático contemporâneo; trata-se da existência de um espaço destinado à interação dos cidadãos diverso da concepção organizacional do Estado, tido como ente administrador da vontade popular. Nesse espaço, os indivíduos interagem uns com os outros, debatem as decisões tomadas pela autoridade política, e discutem o conteúdo moral das diferentes relações existentes afetas aos interesses da sociedade visando, com isso, a apresentar demandas ao Estado.

Nesse sentido há uma relação entre a teoria habermasiana e as experiências de OP em desenvolvimento nas diversas regiões do Brasil que, apesar de estarem longe de atingir a totalidade dos municípios brasileiros vêm-se constituindo em um valioso espaço democrático de tomada de decisões acerca da utilização e gestão dos recursos públicos destinados aos municípios, bem como instaurando uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado.

Habermas (1989) defende que a democracia deliberativa se baseia nas condições de comunicação sob os quais o processo político supõe ser capaz de alcançar mediante resultados racionais, justamente por ser cumprido, de modo deliberativo, todo o seu planejamento administrativo.

Para o autor, o conceito de democracia deliberativa se diferencia dos dois modelos anteriormente descritos (liberal e republicano), no sentido em que a formação democrática da opinião e da vontade resulta em eleições gerais e decisões parlamentares.

A democracia deliberativa é constituída como um modelo ou processo de deliberação política caracterizado por um conjunto de pressupostos teórico-normativos que se incorporam na regulação da vida em sociedade (LUCHMANN, 2002).

Vale ressaltar que, na teoria democrática das últimas décadas, é visível a ampliação da influência das vertentes deliberativas, com sua ênfase nos aspectos discursivos do processo político – e na visão normativa, a qual está associada à participação de todos no debate, como critério de legitimidade das decisões políticas. Os chamados “deliberacionistas” ocupam, hoje, um lugar de destaque sobre o significado da democracia.

Ao longo dos anos, a democracia deliberativa se tornou a principal alternativa à visão liberal-pluralista hegemônica, em vez da defesa da participação direta e da democracia industrial, que estiveram em voga nos anos 1960/70.

Um dos aspectos essenciais da democracia deliberativa é a exigência de que as decisões políticas sejam tomadas por aqueles que estarão submetidos às decisões. Além disso, a concepção de democracia deliberativa prevê formas participativas mais institucionalizadas ou mais formalizadas, tendo em vista, não apenas a discussão pública de um sujeito participante, como também o poder de decisão à luz do estabelecimento de ideias ou princípios vinculados à promoção do bem comum.

Sendo assim, esta forma de democracia se constitui como um processo de institucionalização de um conjunto de práticas e regras que, pautadas no pluralismo, na igualdade política e na deliberação coletiva, são capazes de eliminar ou reduzir os obstáculos para a cooperação e o diálogo livre e igual, ou seja, trata-se de uma prática social compartilhada e que requer diálogo e cooperação em um contexto de extrema complexidade, conflituosidade e desigualdade.

Nesse contexto de institucionalização de práticas coletivas em que a população passa a influir nos processos de tomada de decisões surgem, no país, os conselhos gestores, dentre os quais estão o Conselho Municipal de Saúde e os orçamentos participativos. As duas instituições participativas citadas, com suas especificidades, vão possibilitar uma “aproximação” entre a população e o governo. Esta relação é o foco do presente estudo.

É nesse sentido que o conceito de democracia deliberativa se aproxima das experiências democráticas de gestão dos recursos públicos municipais – o

Orçamento Participativo, processo descrito, por muitos autores, como o principal impulsionador da democracia participativa no Brasil.

Depois de apresentados os três modelos de democracia, descritos acima, não se pretende “engessar” as instituições participativas estudadas – o Conselho Municipal de Saúde e o Orçamento Democrático de João Pessoa – ao enquadrá-las em um modelo específico, posto que, acredita-se, tais instituições mesclam elementos dos três modelos de democracia. O Conselho Municipal de Saúde, apesar de ser descrito como um exemplo de mecanismo típico de democracia participativa, apresenta muitos elementos da democracia representativa, ao passo em que o Orçamento Democrático consegue mesclar institutos da democracia participativa, nos momentos de ampla participação da população nos bairros, da democracia deliberativa, nos momentos das assembleias regionais de escolha e priorização das demandas e da democracia representativa, quando do processo de eleição de delegados³ e conselheiros do OD.

No capítulo seguinte, serão discutidos alguns aspectos da democracia, partindo do pressuposto segundo o qual vige, no Brasil, uma democracia fragilizada pelos elevados índices de desigualdade e pelas características de um formato ainda inconcluso do modelo político-administrativo descentralizado.

³ Essa nomenclatura foi usada do início da experiência no município de João Pessoa (2005) até o ano de 2011, quando na Assembleia Geral dos Delegados do OD foi deliberado pelo uso de nova nomenclatura: conselheiros regionais.

3 A DEMOCRACIA BRASILEIRA: BARRIS VELHOS, VINHO NOVO

Democracia é uma planta tão essencial, quanto frágil. É exatamente mais fácil matá-la, do que trazê-la ao amadurecimento.
(Pedro Demo)

Neste capítulo discutir-se-á democracia brasileira; para tanto, parte-se do pressuposto de que os altos índices de desigualdades existentes no Brasil dificultam o desenvolvimento social, e, conseqüentemente, o fortalecimento das práticas eminentemente democráticas.

A democracia, como forma de governo em que o povo participa nos processos de decisão, foi adotada, tardiamente, no Brasil. De acordo com Lyra (1996), foi apenas em 1988, com a nova Constituição Federal, que o direito de participar, diretamente, das decisões, tornou-se possível. Assim, “a participação direta e pessoal da cidadania nos atos do governo” (LYRA, 1996, p. 23) consiste num dos aspectos mais inovadores da sistemática da democracia, os quais foram introduzidos pela Constituição Federal.

Apesar da abertura conferida pela Constituição Federal de 1988 à participação da população nas três esferas de governo, a efetividade dessas premissas democrático-constitucionais, no dia-a-dia dos brasileiros, ainda se constrói a passos lentos e com dificuldade.

Não se pode omitir a importância do avanço legal no âmbito da participação nos últimos anos, no entanto, esta inovação (pelo menos na lei) convive com as formas “tradicionais” de se fazer política, a qual é marcada por práticas clientelistas num panorama social de desigualdade. Assim, questiona-se: é possível sustentar uma democracia com índices tão altos de desigualdade? Como usar a democracia como uma alavanca para o desenvolvimento da sociedade, quando a desigualdade impera com tanto vigor? Existe uma maneira de aliar, em uma mesma sociedade, desenvolvimento social e econômico? O tópico a seguir tenta construir, mesmo que minimamente, respostas a esses questionamentos.

3.1 DESIGUALDADE SOCIAL: BARRIS VELHOS

A desigualdade, em suas variadas facetas, constitui-se num dos maiores empecilhos à efetivação da democracia no Brasil. O país é marcado por um abismo social que divide a população em ricos e miseráveis. Pensar a cidadania nesses moldes não constitui tarefa fácil, uma vez que “o acesso das pessoas à cidadania é fortemente submetido à própria posição delas num sistema sócio-econômico essencialmente hierárquico” (CANIELLO apud PEREIRA, 2004, p. 20).

A construção da cultura política brasileira apresenta traços fortíssimos de desigualdade que são transmitidos através da reprodução explícita das relações desiguais, fato que termina por retardar e obstaculizar a construção da cidadania. Durante muito tempo predominou, no país, a ideia de uma cidadania de posses, fundamentada na criação de uma “aristocracia de homens bons”, formada por grandes proprietários de terras e comerciantes ricos. Esses “homens bons” se legitimavam a partir da grande massa da população, a “gente miúda” (VIANNA, 1987, p. 115).

A estrutura familiar, e a maneira como ela foi dissolvida no país deram origem e sustentação às práticas de proximidade, base de todo sistema patrimonialista que se instaura no país e rege as relações sociais. Os laços familiares eram instaurados, não apenas pelo sangue, mas pela possibilidade de proteção do patrão, pois, através da *solidariedade parental*, eram acolhidos, no seio familiar os agregados/afilhados, os quais deveriam externar um agradecimento “eterno” revelado pela obediência e participação de lutas em defesa dos bens da família (VIANNA, 1987).

Segundo Fleury (2006), a característica marcante do processo de crescimento experimentado, no Brasil, no século XX, foi a capacidade de se conciliar um ritmo espetacular de desenvolvimento econômico com a preservação de um dos mais elevados padrões de desigualdade e exclusão social do mundo. Esse é um ponto problemático de sociedade brasileira. O que ocorre em nesta nação que não se consegue colocar, num mesmo patamar, desenvolvimento econômico e social?

Esse problema é antigo, e tem sua origem no modelo de desenvolvimento instaurado no país que já foi sustentado pelo trabalho escravo. Apesar da libertação dos escravos (1888) ter significado um grande avanço político no Brasil, ela gerou,

também, um quadro de exclusão social assustador, pois a sociedade “livre” não foi capaz de absorver a demanda de trabalhadores “livres”, mas desprovidos de moradias e terras.

O que vem ocorrendo, no Brasil, é um processo de desenvolvimento sem inclusão. Esse processo, segundo Fleury (2006), levou a uma enorme concentração de renda; em 2001, enquanto 50% das pessoas mais pobres se apropriavam de 14,3% da renda nacional, apenas 1% das mais ricas se apropriava de 13,3% do total de rendimentos. A esse fator se agrega a concentração de terras, que aparece de forma mais preocupante. Em 1998, 1,61% dos proprietários detinham 52,9% da área geral destinada à agropecuária.

O quadro de desigualdade se agrava quando as atenções se dirigem para a região Nordeste. De acordo com o Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2011), o Nordeste é a região que abriga as capitais mais desiguais do Brasil, as nove capitais nordestinas estão entre as 14 mais desiguais do país. Também é no Nordeste que estão os ricos que abocanharam a maior parte da renda, pois a região abriga seis das sete capitais mais desiguais sob essa perspectiva. Em Maceió, 56,42% da renda se concentrou nas mãos dos 10% mais ricos, seguida de Recife (55,07%), Teresina (55,02%), São Luís (54,25%), Fortaleza (54,02%) e Salvador (53,59). Neste quesito, João Pessoa (49,44%) foi a capital do Nordeste com a menor proporção. Dessa forma,

o quadro de desigualdade no país confirma o quadro generalizado e enraizado de desequilíbrio na distribuição de rendimentos contra a ampla maioria da população. Tal desigualdade é ainda maior nas capitais, em particular no Nordeste (PNUD, 2011, p. 03).

Nesse sentido, a desigualdade marcante e duradoura leva os pesquisadores a questionarem a sustentabilidade do desenvolvimento do Brasil nas últimas décadas, pois,

As sociedades tidas como desenvolvidas são sempre muito mais homogêneas. Ter uma pequena elite moderna – que experimente excelente padrão de vida – não define uma sociedade como desenvolvida. A presença de uma maioria excluída, com precários índices de acesso a condições decentes de vida, serve como elemento de questionamento à sustentabilidade do processo que se construiu (PNUD, 2011, p. 3).

Se se considerar apenas o fator econômico, o Brasil se apresenta muito bem quanto ao aspecto do desenvolvimento, não é em vão que está no rol dos países emergentes. No entanto, não se pode projetar o desenvolvimento do país desconsiderando as dimensões sociais e políticas.

Dessa forma, no século XX, o Brasil experimentou um processo intenso e rápido de transformações, e saiu, nos anos 1930, de uma sociedade tradicional para constituir-se, na década de 80, na oitava economia mundial, embora figure, hoje, como a sexta maior economia global, circunstância esta que contraria o fato de termos o 84º menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do mundo.

Esse salto só foi possível devido ao Estado desenvolvimentista que fundamentou o seu poder na manutenção de uma ampla coalizão corporativa das forças conservadoras e na capacidade de incluir e cooptar as frações urbanas da classe trabalhadora e da emergente burguesia por meio de mecanismos institucionais.

Tal coalizão foi fortalecida, no Governo de Getúlio Vargas, através do pacto corporativo estabelecido entre sindicatos, burocracia, classe média, militares e partidos políticos, quando a política, em relação à classe trabalhadora, combinava repressão, exclusão e incorporação controlada da participação e das demandas sociais (FLEURY, 2006). Foi nesse momento que, com a Consolidação das Leis Trabalhistas, se deu a antecipação das demandas sociais e uma boa parte dos trabalhadores ficou de fora desse processo, a exemplo dos trabalhadores rurais e informais.

A ideologia do desenvolvimento, no Brasil, perpassou as décadas de 50, 60 e 70 e, mais precisamente, nos governos militares, conhecido como o “milagre econômico” que completaria o ciclo iniciado por Vargas, de substituições de importações, com base no dinamismo da empresa estatal, na articulação entre os capitais nacionais e internacionais e no financiamento público.

No final dos anos de 1960 e em toda a década 70 ocorre o esgotamento do chamado modelo desenvolvimentista e a perda do poder dos atores tradicionalmente vinculados ao pacto corporativo (sindicatos, classe média nacionalista e partidos). Dessa forma, operacionaliza-se uma mudança na estrutura de poder do Estado brasileiro. O processo de crescimento econômico do país se refaz através de um modelo tecnocrático, no qual o pacto corporativo foi descartado.

Vale ressaltar que a década de 80 do século XX foi um marco nesse giro das estruturas de poder. Apesar de ser considerada uma “década perdida” para a economia, foi uma década de consideráveis ganhos no que concerne à organização da sociedade civil, momento em que explodem, no país, movimentos sociais, organizações não-governamentais, novos partidos políticos, novo sindicalismo, organizações eclesiais de base etc. Todos esses sujeitos lutavam pela redemocratização do país.

A Constituição Federal de 1988 foi a expressão da canalização das novas forças políticas ansiosas por uma nova institucionalidade democrática. Com isso, ocorre o fortalecimento do princípio federativo com a orientação descentralizadora, que incorporou, na Constituição Federal, o município como esfera de governo com plena autonomia político-administrativa.

3.2 A DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

Pode-se dizer que o tema da descentralização, colocado sempre em oposto à centralização, vem se tornando cada vez mais importante para a democracia e para a construção de um estado com mais capilaridade.

Vale lembrar que o conceito de centralização se refere à excessiva normatização, à concentração de recursos financeiros, à desconcentração⁴ de entidades em órgãos, instituição de políticas e à proliferação de entes setoriais especializados, ou seja, o esvaziamento das competências locais a favor do governo central.

De acordo com o pensamento de Pedro Jacobi (1990), a existência de um Estado centralizado representa, nos dias atuais, um fator bastante negativo do ponto de vista funcional (ineficiência das políticas setoriais e dos serviços públicos) e do ponto de vista democrático no que diz respeito a sua porque distancia os centros decisórios dos cidadãos. Segundo, porque a centralização questiona e desprestigia as instâncias de representação; e, terceiro, porque a burocratização da política

⁴ O conceito jurídico de desconcentração é afeto ao Direito Administrativo e se refere ao ato político segundo o qual uma entidade é particionada em setores denominados órgãos. Assim, por exemplo, a prefeitura se constitui em um órgão do município (que é a entidade política).

facilita a ação de grupos de pressão na tentativa de obter, dos poderes públicos, decisões que facilitam seus interesses.

Não foi em vão que se passou a associar centralização a práticas não-democráticas de decisão, à ausência de transparência de decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e à ineficácia de políticas públicas, e, a supor que “formas de descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que fortaleceriam a consolidação da democracia” (ARRETCHE, 1996, p. 45), e, conseqüentemente, elevariam os níveis reais de bem-estar da população.

No geral, descentralizar significa deslocar os recursos do “centro” e colocá-los à disposição de outras entidades específicas, ou seja, pretende-se evitar a dominação do centro. Além disso, a descentralização política, na perspectiva da redistribuição do poder, requer a democratização do processo decisório, o que exige a participação da população e a criação de instrumentos de representação da população junto ao governo.

Ao considerar as aspirações, demandas e projetos locais, a descentralização representa, não somente a possibilidade de ordenação dos serviços públicos, mas uma alternativa para que os próprios beneficiários garantam o seu controle. No plano político-administrativo, a descentralização significa, em teoria, a possibilidade de ampliação dos direitos de autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização dos instrumentos para uso e redistribuição mais eficientes dos escassos recursos públicos (JACOBI, 1990).

A descentralização foi pensada como um ideal democrático que viabilizasse a participação dos cidadãos nas decisões políticas, além de delegar poder de gerenciamento de recursos ao município. Tal prática é entendida, por Andrade (2002, p. 51), como sendo

A transferência de responsabilidade da implementação de políticas públicas, do governo federal para o nível estadual e principalmente municipal de governo, e pela definição de um modelo de gestão pautado na participação dos setores organizados da sociedade na formulação das políticas, no processo de execução das mesmas e, acima de tudo, na fiscalização do uso dos recursos públicos.

Nesse sentido, a descentralização supõe uma democracia baseada no território a partir de uma valorização dos municípios e de uma renovação de suas instituições, uma vez que “a descentralização seria a condição para o rompimento com as estruturas políticas tradicionais que, por serem centralizadas, impediriam o desenvolvimento das virtudes nas sociedades latino-americanas” (ARRETCHE, 1996, p. 47). Essa lógica da descentralização levou à criação de inúmeros conselhos gestores de políticas, a exemplo dos conselhos de saúde, de educação, de assistência social, dentre outros, embora ainda seja limitado o poder desses novos mecanismos em mudar, radicalmente, as estruturas tradicionais.

De acordo com Jacobi (1990), a descentralização municipal, desenvolvida pela ótica do Estado, tem início na Europa num período marcado por mudanças nos planos econômico, político e social. Esse autor afirma que a descentralização vai além do seu caráter político-administrativo:

A descentralização municipal supõe desenvolver um processo complexo, cujos principais aspectos são a divisão territorial da cidade, a organização político-administrativa das instâncias territoriais e a assignação de competências, funções e recursos expressos na possibilidade de promover uma real descentralização territorial (JACOBI, 1990, p. 131).

Tomou-se, como referencial, o processo de descentralização municipal desenvolvidos pela França e pela Espanha. Na França foi decretada, em 1982, uma lei de descentralização pela qual se definem os direitos e liberdades dos municípios, departamentos e regiões. Essa reforma gerou mudanças significativas no poder executivo local, configurando-se como um instrumento adequado para o uso e redistribuição mais eficiente dos escassos orçamentos públicos.

Na visão desse autor, a descentralização ocorrida na França não modificou, significativamente, a estrutura do Estado, entretanto, conseguiu atingir alguns elementos fundamentais da paisagem político-institucional do país, pois a estrutura territorial foi reorganizada de modo a possibilitarem maior poder e autonomia nos processos decisórios, no controle dos recursos e mais competências às municipalidades, departamentos e regiões.

Na Espanha a renovação das estruturas territoriais ocorreu como consequência da mudança de regime político decorrente da queda da ditadura franquista e de sua política de forte centralização. A Constituição de 1978 inaugurou

uma nova ordem política e de reforma do Estado, com a criação de importantes organizações intermediárias entre o estado central e as comunas. Em 1985 foi aprovada a “Lei reguladora das bases de regime local”, que estabelece as competências, organização, participação e descentralização das comunidades autônomas e municípios.

Arretche (1996) afirma que o que distingue os dois países acima citados não é a existência prévia de um Estado centralizado, nem a predominância das elites políticas do nível central, nem as expectativas democráticas em torno da descentralização, mas os resultados alcançados do ponto de vista da profundidade da reforma do Estado e da redistribuição efetiva do poder político.

Na América Latina, com as mudanças provocadas pelo fim das ditaduras, surge a necessidade de se repensar, por parte dos setores mais progressistas da sociedade, a relação entre Estado, poder e processo de democratização. Com isso, constata-se que a instituição municipal é frágil no contexto da América Latina, tanto pelo limitado poder que possui como pela possibilidade real de alteração de recursos. Segundo Jacobi (1990), isso decorre da fragilidade das instituições democráticas e da instabilidade do sistema político que gerou uma concentração de poder no topo para evitar o fracionamento vertical das instituições do Estado.

No início da década de 90 – quando quase todas as nações latino-americanas tinham, como objetivo, a consolidação da democracia –, a problemática do município passou a ocupar um lugar de destaque, ou seja, se cogitava a possibilidade de os municípios se tornarem instrumentos úteis de resolução dos problemas dos cidadãos.

O pensamento de Jacobi (1990) revela que a descentralização municipal ganha força quando algumas tendências são explicitadas: a crise da representatividade, a tecnoburocratização da administração política, o acirramento das desigualdades e a necessidade de recuperação das identidades locais. Dessa forma, a descentralização municipal vai assumir um importante papel, ora no sentido de introduzir novas formas de participação além daquelas que se fundamentam, exclusivamente, na representação, ora no sentido de apresentar alternativa às tradicionais estruturas burocratizadas da administração política, com seus métodos agravadores das desigualdades sociais e econômicas.

Assim sendo, a concepção moderna de descentralização está intimamente relacionada à democratização do Estado e à melhoria das condições de vida da

população. No entanto, o que é notório na sociedade brasileira, após alguns anos da introdução de práticas descentralizadas na administração política, é que “as demandas participativas têm sido respondidas basicamente por mecanismos que detêm apenas funções de caráter consultivo e informativo e são poucos os exemplos de delegação de funções deliberativas e executivas” (JACOBI, 1990, p. 130).

O próprio Jacobi (1990) percebe, através de uma reflexão crítica, a existência de um conjunto de ambiguidades quanto à descentralização municipal: incrementalismo, com os custos excessivos, a reversão de expectativas e as práticas político-administrativas.

Ao falar de incrementalismo refiro-me à criação de novos organismos sem a simultânea dissolução dos já existentes. Outro aspecto é o fato de a descentralização em diversas situações não se traduzir em práticas que geram maior eficácia da gestão local, principalmente em virtude da escassa transferência de competências, funções, serviços e recursos dos níveis superiores e da falta de poder decisório real dos organismos descentralizados (JACOBI, 1990, p. 130).

Dessa forma defende-se, nesta tese, a ideia de que a descentralização deve ir além do seu caráter político-administrativo e assumir um caráter sócio-cultural, ou seja, supõe desenvolver um processo complexo, cujos principais aspectos são a divisão territorial da cidade, a organização político-administrativa das instâncias territoriais e a atribuição de competências, funções e recursos.

A história dos governos, no Brasil, revela que o país foi administrado de forma fortemente centralizada, posto que a criação de recursos administrativos necessários para o desempenho de capacidades estatais esteve concentrada nas mãos da esfera central de governo.

De acordo com Arretche (1996), a forma centralizada de governo é resultado de dois movimentos simultâneos:

De um lado, os principais tributos e fontes de recursos fiscais passaram progressivamente, a ser de competência exclusiva do governo federal (o fenômeno da centralização financeira); de outro – e não menos importante –, foi no nível federal que se desencadeou uma bem-sucedida estratégia de fortalecimento institucional, que compreendeu a criação de órgãos administrativos capazes de formular estratégias de desenvolvimento econômico e de inovação política social (ARRETCHÉ, 1996, p. 51).

No período da ditadura brasileira houve a expansão das empresas estatais, de órgãos públicos de regulação da atividade econômica e de agências federais encarregadas pela prestação de serviços sociais.

No período Pós Constituinte, as transferências de recursos, especialmente para os municípios, significaram a possibilidade do fortalecimento deles. Dessa forma, houve uma queda percentual das transferências realizadas para os estados e uma elevação delas para os municípios.

Os esforços em prol da descentralização, no Brasil, surgem em reação à forma pela qual se expandiu o Estado centralizado. Nesse sentido, a descentralização emerge a partir da possibilidade de promover um equilíbrio federativo, que seria viabilizado pela consolidação democrática no contexto específico das estruturas político-institucionais brasileiras e da crise do Estado desenvolvimentista (ARRETCHÉ, 1996).

Esta autora assevera que é impreciso afirmar-se que exista, no Brasil, um processo de descentralização das estruturas administrativas e das funções do Estado. Existe, sim, sob impulso da consolidação da democrática e da crise de capacidades estatais, uma conflitiva barganha em torno da descentralização fiscal, processo este que tem, como um dos seus desdobramentos, a descentralização da despesa pública e o fortalecimento institucional dos níveis subnacionais de governo.

No entanto, não há um projeto de descentralização do poder que parta do governo federal, o que vem ocorrendo são processos de descentralização de políticas ou programas sociais, posto que se propõe a descentralização e regionalização de programas nacionais de saneamento e habitação; a descentralização, universalização e democratização dos programas de educação básica; o abandono das práticas clientelistas e a municipalização da assistência social e a unificação e descentralização do sistema de saúde. Essa proposta de descentralização político-administrativa, em curso no Brasil tem, como eixo fundamental, a Constituição de 1988.

Em tese, a descentralização, ao interferir, diretamente, na gestão dos programas sociais, levaria a uma mudança significativa nas condições de vida da população. De acordo com Arretche (1996) não foi bem isso o que aconteceu. Os esforços empreendidos para a descentralização de alguns programas sociais isolados têm sido bem-sucedidos, a exemplo da descentralização da merenda escolar.

O processo de descentralização pressupõe a criação e/ou fortalecimento de espaços de participação dos cidadãos. Parte-se, então, do pressuposto de que a descentralização e a participação são instrumentos políticos orientados para o desenvolvimento de uma política municipal de caráter democrático.

Nesse sentido, a participação dos cidadãos deve ser entendida como um processo continuado de democratização da vida municipal como objetivo de promover a iniciativa a partir de programas e campanhas especiais visando ao desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; reforçar o tecido associativo, de modo a ampliar a capacidade técnica e administrativa das associações; além de desenvolver a participação como ferramenta de definição dos programas e projetos, bem como da gestão dos serviços municipais (JACOBI, 1990).

A partir do que foi exposto acerca da descentralização, depreende-se que é possível propor um modelo de participação que permita resumir o objetivo primordial do processo de descentralização municipal: descentralização – criação de novos espaços de decisões; – maior participação dos cidadãos; – radicalização e/ou aprofundamento da democracia; – melhoria das condições de vida da população (cidadania plena). Este modelo toma como base o modelo de governança de Putnam (1996).

Acredita-se que o modelo de descentralização, acima exposto, até certo ponto corresponde ao processo que se estruturou no Brasil, pois, com a inserção de práticas descentralizadas houve um aumento dos espaços de decisão, ou seja, foram criados conselhos diversos, orçamentos participativos etc. No entanto, essa participação, que tem a sua importância, não conseguiu criar mudanças significativas na vida da população, ou são “forças restritas às grandes e médias cidades brasileiras” (SOARES; GONDIM, 2002).

Esta tese, portanto, se alinha com o pensamento de Soares e Gondim (2002) os quais apresentam alguns apontamentos acerca do processo de descentralização no Brasil:

- a) O processo de descentralização político-administrativa possibilita a criação de novos espaços de decisão, mas esses espaços são, em sua maioria, consultivos, sendo assim, descentralizam-se os espaços de decisão, mas não se descentraliza o poder de decisão que, nos pequenos e médios municípios, ainda está fortemente concentrado nas mãos das elites locais à mercê da política do “coronelismo, enxada e voto”;

- b) A descentralização político-administrativa possibilitou a ampliação da participação da população. Tal ampliação ocorre no aspecto quantitativo e não no qualitativo, pois não se pode aferir a eficácia e eficiência de uma gestão unicamente pelo número dos que participam, mas pela qualidade da participação e pela amplitude das mudanças suscitadas por essa participação;
- c) A descentralização político-administrativa, por si só, não é suficiente para promover uma radicalização da democracia. É preciso levar em conta os níveis de educação, a formação política e a igualdade de condições da população;
- d) A descentralização político-administrativa propiciou, aos municípios de grande e médio porte, a implementação de algumas mudanças, no entanto, os pequenos municípios sentiram o efeito da descentralização apenas através de recursos (transferências federais destinadas/vinculadas), mas no que se refere à autonomia para tomar decisões importantes sobre a gestão municipal não conseguiu avançar muito devido à pouca cultura associativa e à dependência política às oligarquias locais. Sendo assim, a descentralização, não possibilitou uma mudança nas condições gerais de vida da população.

No período delimitado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foram utilizados, segundo Fleury (2006), foram adotados sete mecanismos gerais de coordenação federativa pela União que dizem respeito ao processo de descentralização: a) o combate à inflação e a respectiva regularização dos repasses, que permitiu uma negociação mais estável e planejada com os outros entes; b) a associação dos objetivos de reforma do Estado dirigidos à descentralização, como o ajuste fiscal e a modernização administrativa; c) o condicionamento das transferências de recursos à participação da sociedade na gestão local; d) a criação de formas de coordenação nacional das políticas sociais baseadas na indução dos governos subnacionais a assumirem encargos, mediante distribuição de verbas, cumprimento de metas e medidas de punição; e) a adoção de políticas de distribuição direta de renda à população, partindo do pressuposto de que o problema redistributivo não se resolveria apenas com ações dos governos locais, dependendo do aporte da União; f) a aprovação de um conjunto enorme de leis e emendas constitucionais, que visaram à institucionalização das mudanças feitas na

Federação, e assim dando-lhes mais força com relação às pressões conjunturais; g) o estabelecimento de instrumentos de avaliação das políticas realizadas no nível da descentralização, especialmente em nível educacional.

Dessas medidas adotadas pelo governo FHC três foram mais bem sucedidas: a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que criou mecanismos mais sólidos de restrição de gastos públicos, e algumas ações de coordenação federativa em políticas como as de saúde e educação, particularmente o FUNDEF (Fundo de Manutenção do Ensino Fundamental) e o PAB (Piso de Atenção Básica).

A Lei Complementar n. 101 de 04 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, é uma lei brasileira que tenta impor o controle dos gastos de estados e municípios, condicionado a capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos. Assim, a LRF visa a regulamentar a Constituição Federal, na parte da Tributação e do Orçamento e estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal (NASCIMENTO; DEBUS, 2011).

O FUNDEF foi instituído pela Emenda Constitucional n. 14 e regulamentado pela Lei n. 9.424 de 24 de setembro de 2007, tendo sido implantado, oficialmente, em janeiro de 1998. A principal inovação do FUNDEF consiste na mudança da estrutura de financiamento da educação fundamental no país (1º ao 9º ano). Posteriormente, o FUNDEF foi substituído pelo FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e Valorização do Magistério), que passou a englobar toda a educação básica, incluindo a educação infantil, o ensino médio e a educação de jovens e adultos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2011).

O PAB consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica à saúde em nível municipal. O cálculo do PAB é feito por habitante do município e é destinado a ações como: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; vacinação; pequenas cirurgias e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Dessa forma, a partir da Constituição Federal de 1988 houve uma “onda” de descentralização de recursos no país na área de educação, saúde, assistência social e em diversas áreas. Assim, o princípio da descentralização motivou a criação de novos espaços de participação da população no país, o que se discutirá a seguir.

3.3 OS NOVOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO NO BRASIL: “O VINHO NOVO”

Neste tópico discorreu-se sobre a criação e ampliação de novos espaços de participação da sociedade civil no Brasil, dando ênfase aos orçamentos participativos e aos conselhos gestores de políticas públicas.

No Brasil, nos últimos anos, a participação tem sido uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular. Ela aparece, dependendo do contexto, associada a outros termos: democracia; representação; organização e cidadania.

De acordo com Gohn (2001) a participação aparece e passa a ser discutida em três níveis: o conceitual; o político e o da prática social. O conceitual apresenta um alto grau de ambiguidade e varia de acordo com o paradigma teórico em que se fundamenta. O político, usualmente, é associado a processos de democratização, mas também pode ser utilizado como discurso mistificador em busca de mera integração social de indivíduos, isolados em processos que objetivam reiterar os mecanismos de regulação e normatização da sociedade. O prático se relaciona ao processo social propriamente dito; tratam-se de ações concretas engendradas nas lutas, movimentos e organizações para realizar algum intento.

Na década de 50, surgiram as Sociedades de Amigos de Bairros (SABs), e que vão atrair os moradores urbanos para o projeto de modernidade os quais permitiram que os movimentos percebessem seus direitos como cidadãos. Durante a década seguinte, muitas SABs começaram a desintegrar-se, assumidos, na maioria das vezes, por líderes clientelistas. Dessa forma, o papel de muitos movimentos foi reduzido a uma ferramenta de barganha – votos por serviços – na arena política.

A década de 70 apresenta um importante interlocutor na criação e fortalecimento dos movimentos populares; a Igreja Católica, inspirada na Teologia da Libertação, assume um importante papel de mediador entre as forças de oposição durante os anos mais repressivos da ditadura militar no Brasil, fornecendo aos movimentos, assim, legitimidade e proteção contra a perseguição política.

Os movimentos populares, no final dos anos 1970, oferecem uma frente organizada de luta contra a ditadura militar. Apesar de muitos especialistas decretarem a morte dos movimentos populares brasileiros, mais precisamente depois da década de 80 do século passado, estes estão vivos e constituem um elemento importante na conformação dos processos democráticos.

Os movimentos sociais organizados desempenharam, e ainda desempenham, um papel fundamental no processo de engajamento e de luta em busca dos direitos de cidadania e de justiça social, bem como contra toda e qualquer forma de desigualdade social e de discriminação. Na atualidade, assiste-se a uma ampliação no universo dos movimentos sociais, pois suas lutas deixam de ser apenas direcionadas à satisfação de necessidades imediatas, caracterizando-se pela luta por direitos culturais (GOHN, 2001a).

Em seu livro “História dos Movimentos e Lutas Sociais”, Maria da Glória Gohn (2001b) faz o mapeamento das lutas, revoltas e movimentos sociais acontecidos no Brasil no século XX. Para tanto, a autora apresenta uma divisão em seis fases, em cada uma das quais a autora elenca algumas características referentes aos aspectos históricos e políticos, elencando os principais acontecimentos da fase: lutas; revoltas; mudanças constitucionais; surgimento de novos partidos e as diversas manifestações sócio-políticas ocorridas. Por ser impossível reproduzir, aqui, a descrição feita por Gohn (2001b) tentou-se resumir, na Tabela 01, alguns aspectos centrais de cada fase (características e principais lutas).

Tabela 01 - Movimentos e lutas sociais no Brasil no século XX

Fase	Características da fase	Principais lutas
1ª fase 1900 - 1930	Avanço no processo de urbanização propiciado pela economia do café; Trabalho imigrante em substituição ao trabalho escravo; Luta pelo rebaixamento dos preços dos gêneros alimentícios; reivindicações por salários, jornadas de trabalho e congelamento dos aluguéis ; Quadro de pobreza no país, ciclos de epidemias (febre amarela, varíola, peste bubônica);	Primeira comemoração do 1º de Maio no Brasil; Revolta da Vacina; Revolta da Chibata; Revolta do Contestado; Movimento Contra a Carestia de Vida; Greve Geral; Movimentos do Cangaço – Nordeste do Brasil; Criação do Partido Comunista do Brasil (PCB); Coluna Prestes (invicta);
2ª fase 1930 - 1945	O urbano passa a ser objeto de atenção de políticas públicas; Crescem as indústrias; O Estado passa a organizar e a intervir na economia e na sociedade com mais vigor; As classes populares começam a emergir como atores históricos; Conquistas de alguns direitos (trabalhistas) = dádivas governamentais.	Revolução política (Paraíba); Movimento dos Pioneiros da Educação Nova (nacional); Revolta do Calderão (Ceará) Beato Lourenço; Aliança Libertadora Nacional; Constituição do Estado Novo (inspiração fascista, destrói as bases da Federação e da autonomia dos poderes; Movimentos de associações de bairros – São Paulo.

3ª fase 1945 - 1964	Tempo fértil para as formas de participação social; Sindicatos se multiplicavam no país; Os movimentos sociais emergiram em diferentes partes da nação (reformas de base, políticas nacionalistas, equipamentos urbanos); Greves de operários; Período mais rico da história em mobilizações em propostas sociais;	Movimento “o petróleo é nosso” – políticos e intelectuais; Movimentos religiosos católicos, JUC, JOC, JAC – ações da igreja junto ao movimento estudantil; Greve geral (300.000 trabalhadores brasileiros); Movimentos estudantis; Ligas Camponesas (a igreja e o PCB); criação do PC do B;
4ª fase 1964 - 1974	Fase de grande repressão na sociedade; Prisões, torturas, perseguições e mortes; PC do B – resistência a partir do Campo; Articulação das forças políticas operando na clandestinidade; Grandes multinacionais se instalam no país; Milagre Econômico (68-73);	Movimento estudantil (UNE); Guerrilha do Araguaia – durou até 1974 (luta armada com o exército – 20 mil soldados contra 86 homens); Movimento das Comunidades Eclesiais de Base; Promulgação do Estatuto do Índio.
5ª fase 1974 - 1982	Momento rico – lutas, movimentos e projetos; Resistência e enfrentamento ao regime militar; Rearticulação da sociedade e união das forças de oposição; Clima de esperança, de crença na necessidade de retoma da democracia;	Movimento pela redemocratização do País (MDB); movimentos feministas – organização das mulheres; Criação da Comissão Pastoral da Terra; movimento sindical no ABC Paulista; Comissão regional dos atingidos por barragens; Movimento assembleia do povo (moradores de favelas);
6ª fase 1982 – 1995	Período de intensa mobilização social; eleições diretas para os governadores dos estados; A Década de 80 foi extremamente rica do ponto de vista de experiências político-sociais.	Luta pelas diretas-já; Criação das centrais sindicais (CUT); Surgimento de inúmeros movimentos sociais e partidos de esquerda.

Fonte: Gonh (2001b)

Vale ressaltar que a emergência dos movimentos sociais está atrelada ao aparecimento dos movimentos urbanos dos bairros periféricos, ou seja, aos movimentos populares.

A Constituição Brasileira de 1988 é apontada como um marco na abertura de espaços participativos nas mais variadas áreas. Não há como falar em participação no país sem fazer referência às premissas constitucionais de 1988. No entanto, acredita-se que existam três momentos da participação no Brasil que foram motivados pela Carta Magna de 88: o **antes**, marcado pela vontade da população de participar, o **durante**, momento crucial da aprovação da constituição que abre a possibilidade de participação, e o **depois**, o momento do direito de participar, quando os dispositivos constitucionais vão ser regulamentados em leis específicas.

O primeiro momento (o antes) compreende o período do fim da década de 70 e a primeira metade de década de 80; foi marcado por inúmeras mobilizações da população contra a ditadura militar e pela redemocratização do País. Além disso, em fins dos anos 1970 foram criados os conselhos comunitários em São Paulo, a partir da pressão das Sociedades de Amigos de Bairros que apresentavam a ideia de

estabelecimento de um quarto poder – o poder popular – que seria exercido através dos conselhos comunitários (GOHN, 2001a). Esse período foi palco de ações constantes de movimentos sociais motivados por diversas temáticas: o Movimento da Reforma Sanitária, na saúde, o Fórum Nacional de Educação, na educação, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, na luta pela efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, dentre outros.

O segundo momento é o da Incorporação no Texto Constitucional (05 de outubro de 1988) de parte das reivindicações e demandas dos movimentos sociais organizados. Tal incorporação rendeu, à Constituição, o título de “Constituição Cidadã”, pelo fato de que, ao contrário das constituições anteriores, foi capaz de agregar um número considerável de direitos sociais reservados a grupos sociais até então “excluídos” do campo dos direitos.

Um dos artigos referenciados no que tange à abertura de instrumentos de participação é o parágrafo único do artigo 1º ao afirmar que “todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente” (BRASIL, 2011, p. 3). Esta prerrogativa passou a ser parte, inicialmente, dos discursos de políticos de esquerda e depois se generalizou no país para justificar a importância da criação de uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado, ou seja, da abertura de espaços de participação da população na gestão pública.

Acredita-se, entretanto, que existe uma incompreensão desse artigo constitucional, pois o termo “diretamente” se refere apenas a três formas peculiares de participação direta. Formas estas referendadas no artigo 14: “a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, mediante: plebiscito, referendo e iniciativa popular” (BRASIL, 2011, p. 14). Muitas vezes, o termo é utilizado como uma expressão que quer forçar o entendimento de que a Constituição de 1988 inaugurou, no país, uma democracia direta.

Na verdade, afirma Avritzer (2006), as formas de participação direta, apontadas na Nova Constituição brasileira, tiveram pouco uso.

Os mecanismos de democracia direta, em especial o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular de lei, não foram as formas de participação direta mais ampliadas no Brasil democrático. Um plebiscito e um referendo foram convocados no Brasil democrático, o primeiro, sobre a forma de governo, e, o segundo, sobre a comercialização das armas. Foram propostas três leis de iniciativa popular, todas aprovadas ainda que por processos diferenciados na Câmara dos Deputados (AVRITZER, 2006, p. 36).

O único plebiscito do Brasil democrático foi realizado em 1993 e consulta a população acerca da forma de governo que deveria ser implementada no país, se parlamentarismo ou presidencialismo. Após uma votação de 74% dos eleitores brasileiros, a maioria decidiu pelo presidencialismo. Vale ressaltar que, mesmo sendo um instrumento de participação direta, o plebiscito foi alvo de influência política, posto que foram lançadas campanhas publicitárias que, indiretamente, incitavam a população a decidir pelo presidencialismo.

O referendo sobre a comercialização de armas de fogo ocorreu em 2005 e também foi fruto de influência política, pois foi apresentado não no sentido de ratificar uma lei, mas sim com o objetivo de transferir, para a população, uma decisão que causava impasse no parlamento (AVRITZER, 2006).

A iniciativa popular de lei foi o mecanismo de participação direta mais utilizado, pois foram propostos três projetos em nível nacional que contaram com a assinatura de mais de 1% do eleitorado distribuído em, no mínimo, cinco estados: 1) Corrupção eleitoral, apresentado pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil em 10 de agosto de 1999, depois da coleta de 1 milhão de assinaturas em todo país. O projeto teve uma tramitação rápida e foi transformado em lei logo em seguida; 2) Mudança na lei de crimes hediondos, com 1,3 milhões de assinaturas, deu origem a Lei n. 8.930 de 6 de setembro de 1994; e, 3) Fundo Nacional de Habitação Popular, apresentado em 2004, obteve mais de 3 milhões de assinatura.

Mais uma inovação consagrada na Constituição de 1988 foi a possibilidade de criação de espaços de representação da sociedade civil a partir de políticas sociais específicas: o artigo 194, ao se referir à Seguridade Social, garante o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa; o artigo 198, ao apresentar as diretrizes do Sistema Único da Saúde, assegura a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade; na Assistência Social fica assegurada a descentralização político-administrativa e a participação da população

através do artigo 204; e o artigo 206, que versa sobre a educação e abre a possibilidade da gestão democrática do ensino público.

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988 traz duas formas de participação: uma que se efetiva de forma direta e outra por meio da representação, ambas se revestem de suma importância para o país. Acredita-se inexistir uma otimização desses instrumentos, tanto no que tange aos aspectos quantitativos, no caso das formas diretas, quanto aos aspectos qualitativos, no caso das formas representativas (conselhos gestores).

A mudança nas práticas políticas no Brasil e sua crescente fragmentação levaram alguns analistas a afirmarem que os movimentos sociais, enquanto projetos políticos, haviam fracassado. No entanto, uma leitura minuciosa desses movimentos pode levar a crer que foram bem-sucedidos no estabelecimento de estruturas democráticas fundamentais propícias à participação popular.

Considerando a história recente do mundo ocidental, o início da demanda por democracia participativa surgiu na década de 60 do século XX como lema das manifestações dos movimentos estudantis pertinentes à nova esquerda, e difundiu-se em toda a classe trabalhadora a partir da ideia de que deveria haver considerável participação dos cidadãos nas decisões governamentais. Esta difusão foi tão ampla que “os governos nacionais começaram a alistar-se sob o estandarte da participação” (MACPHERSON, 1978, p. 97).

Segundo Pateman (1992), a democracia participativa é um regime político que engendra o desenvolvimento humano, aumenta o senso de eficácia, reduz o senso de distanciamento dos centros de poder, nutre uma preocupação com problemas coletivos e contribui para a formação de um corpo de cidadãos ativos e conhecedores, capazes de terem um interesse mais agudo nos assuntos governamentais.

Deste modo, existe uma distinção entre a concepção dos teóricos da democracia participativa e dos da teoria democrática como um todo: a ênfase é dada à participação cidadã no processo político de tomada de decisão, pois a democracia participativa protege, de forma complementar, as instituições políticas, e “provoca um efeito psicológico sobre aqueles que delas participam, assegurando uma interrelação contínua entre o funcionamento das instituições e a qualidade e atitude dos indivíduos que interagem dentro delas” (PATEMAN, 1992, p. 35).

A materialidade da democracia participativa está vinculada à existência de uma conexão entre os indivíduos e as instituições, de modo que a ação social e política dos cidadãos dependam dos tipos de instituições existentes. Talvez resida, neste aspecto, um dos maiores entraves à democracia: a frágil conexão entre os indivíduos e as instituições, posto que a mudança ocorrida em algumas instituições não é acompanhada de uma mudança na postura dos indivíduos que delas participam.

Um exemplo evidente desse descompasso entre instituições e indivíduos é a implementação dos conselhos gestores de políticas públicas. Há, pois, um esforço por parte das instituições públicas em democratizar as políticas e em descentralizar os recursos, mas os representantes das entidades que participam desses espaços importam seus modos de resolver os problemas que, infelizmente, são pautados em práticas políticas retrógradas, o que termina obstaculizando o funcionamento desses conselhos.

A tentativa da democratização dos espaços através da partilha do poder nem sempre acontece devido às incompatibilidades de objetivos dos que se propõem a dividir o poder. Se, por um lado, os governos pretendem dividir o poder apenas para dar uma ilusão de um governo participativo; por outro lado, os cidadãos ativos querem deixar as suas “digitais” nas decisões, pois se auto-afirmam sujeitos políticos efetivamente preocupados com a resolução de problemas coletivos.

A adoção da democracia participativa vem acompanhada de alguns problemas. O primeiro é a apatia política de grande parcela da população, agravada, ora pelo discurso de que uns participam e decidem pela maioria, ora pelo descrédito de tais práticas. O que é recorrente é a espera por resultados imediatos, mas, como a democracia participativa se constitui num processo lento, muitos optam por naturalizar o discurso que “a participação não leva a lugar nenhum.”

Esse discurso está fortemente presente nas comunidades que participam do Orçamento Participativo, principalmente por causa da impossibilidade dos governos em atender as demandas priorizadas pelas comunidades em tempo hábil. As comunidades passam a não dar mais credibilidade ao processo; em grande parte, deixam de participar das reuniões e ainda fazem propaganda contra o processo, enfraquecendo-o e suscitando, cada vez mais, a apatia política.

O segundo problema é afeto à possibilidade de cooptação de lideranças. Como as decisões são tomadas em conjunto – sociedade civil e governo –, os

representantes da sociedade estão sujeitos a arranjos políticos com o governo, principalmente se a sua inserção nestes espaços estiver atrelada a uma associação que tenha uma relação de “dependência” com o governo ou com algum outro político que tenha influência junto ao governo.

Um terceiro problema se refere à falta de “vontade política” dos governos em implementar práticas democráticas na gestão municipal. Mesmo com a garantia desses espaços democráticos, essa iniciativa depende da vontade política do dirigente municipal, da capacidade política do Legislativo para pressionar o Executivo ou, ainda, do nível de organização da sociedade civil na reivindicação do funcionamento desses espaços. A vontade política é entendida, aqui, como a predisposição dos governos para desenvolverem as práticas democrático-participativas.

A discussão da democracia na América Latina, durante mais de uma década, privilegiou o aspecto da sua transição/consolidação. Atualmente, as análises se apresentam de forma ampliada, ou seja,

O debate é motivado por três processos: a consolidação da democracia eleitoral na América Latina, a tal ponto que países que sofreram sérias crises conseguiram sair delas por via constitucional, sem risco de um retorno ao autoritarismo; uma profunda insatisfação com os resultados dessas democracias em termos de justiça social, eficácia governamental e inclusão política, decepção cidadã em relação ao rendimento das democracias existentes; e, experimentos que, em matéria de aprofundamento e inovação democrática, ampliação do campo da política e construção da cidadania, vem se desenvolvendo em vários países da América Latina, demonstrando, assim, que em distintas escalas e graus de complexidade é possível construir um novo projeto democrático baseado nos princípios de extensão e generalização do exercício dos direitos, da abertura dos espaços públicos com capacidades decisórias, de participação política da sociedade e do reconhecimento e inclusão das diferenças (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 13-14).

Estes processos não se apresentam de forma isolada, mas podem ser identificados, ao mesmo tempo, em um determinado país. No entanto, é imprescindível perceber-se a disputa política travada em cada país, ou seja, qual o projeto político⁵ ao qual o país está ligado com mais veemência. De acordo com

⁵ A noção de projeto político está sendo usada para designar os conjuntos de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, que orientam a ação política dos diferentes sujeitos (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006, p. 38).

Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), existem três projetos políticos em disputa pela construção democrática na América Latina: o projeto autoritário (que anula, completamente, ou limita a operação das instituições democrático-liberais); o projeto democrático-participativo, construído por uma concepção de aprofundamento e radicalização da democracia, a participação da sociedade nos processos de tomada de decisões assume um papel central; e o projeto neoliberal que se articula a partir da necessidade de ajustar o Estado e suas relações com a sociedade às exigências do novo modelo de acumulação capitalista.

No Brasil, segundo Dagnino (2004), o processo de construção democrática enfrenta um dilema cujas raízes estão na existência de uma *confluência perversa* entre dois processos/projetos políticos distintos: um democratizante e participativo e outro neoliberal.

O primeiro inaugura, com a Constituição Federal de 1988, um processo de alargamento da democracia, que se expressa na criação de espaços públicos e na crescente participação da sociedade civil nos processos de discussão e de tomada de decisão relacionadas com as questões e políticas públicas. Dentro desse projeto está o reestabelecimento da democracia formal, com a volta das eleições livres e a reorganização partidária além de uma mudança na relação entre a sociedade civil e o Estado, relação que, se na década anterior era de confronto e antagonismo, passa a inaugurar uma possibilidade de ação conjunta entre a sociedade civil e o Estado (DAGNINO, 2004).

No campo desse projeto surgem os conselhos gestores de políticas públicas, instituídos por lei, e os orçamentos participativos que, tomando como referência a experiência exitosa de Porto Alegre, expandiram-se (apesar de lentamente) pelo país.

O projeto de Estado mínimo inaugurado, no governo de Collor, como estratégia do Estado para a implementação do ajuste neoliberal se isenta progressivamente de seu papel de garantidor de direitos, através do encolhimento de suas responsabilidades e sua transferência para a sociedade civil.

A *confluência perversa* existente entre os dois projetos, definida por Dagnino (2004), está presente no argumento de que ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva. Assim, “a disputa política entre projetos políticos distintos assume então o caráter de uma disputa de significados para referências

aparentemente comuns: participação, sociedade civil, cidadania, democracia” (DAGNINO, 2004, p. 97).

Apesar da convivência desses projetos políticos na sociedade, o projeto democrático-participativo vem ganhando espaço nas últimas décadas, ora pela conquista dos movimentos sociais, ora como resposta às características elitistas e excludentes das democracias eleitorais (o conceito central continua sendo o de democracia representativa) e às teorias que fundam a compreensão limitada e limitante dessas democracias. Dessa forma, a democracia participativa, em contraste com as democracias eleitorais, tem outra visão, cujo fundamento visa à ampliação do conceito de política mediante a participação cidadã e a deliberação nos espaços públicos, do que deriva uma noção de democracia como um sistema articulado de instâncias de intervenção dos cidadãos nas decisões que lhes concernem e na vigilância do exercício do governo (DAGNINO; OLVERA; PANFICHI, 2006).

Os estudos sobre a transição e consolidação, ao recorrerem aos conceitos do elitismo democrático, desconsideraram o estudo sobre as inovações democráticas dos atores sociais. Assim, lembra Avritzer (2002), uma vez alcançada a democracia representativa, a sociedade civil ativada deixa seu espaço de ação para a sociedade política, a qual assume as causas e os interesses da sociedade civil e monopolizam as funções da representação legítima. Não há uma consideração adequada da abertura de espaços públicos e da emergência de novos atores, agendas e práticas. Dessa forma, instaura-se uma separação entre sociedade civil e sociedade política.

O’Donnel (apud SOARES, 1996) propõe que somente uma cidadania integral – que seja marcada pelo acesso pleno aos direitos civis, políticos e sociais – pode garantir a existência de uma verdadeira democracia, ou seja, enquanto o acesso e o desfrute dos direitos for parcial ou não existir para setores amplos da população, a democracia eleitoral será precária e manipulável. A partir dessa ideia, que já fora defendida por outros autores, pode-se pensar a frágil democracia brasileira.

O processo de abertura dos espaços públicos como mecanismo da construção democrática brasileira não apresenta uma linearidade, mas está imerso em uma série de contradições e fragmentações. Isso se deve ao movimento de distanciamento histórico entre a sociedade civil e o Estado. Nesse distanciamento, prevaleceu, durante muito tempo, a conhecida visão da sociedade civil como “pólo de virtude” e do Estado como a “encarnação do mal” (DAGNINO, 2002).

Os novos espaços públicos muitas vezes são emperrados pela presença de vontades distintas. Por um lado, “pela resistência dos Executivos em compartilhar o poder sobre as decisões referentes às políticas públicas”; por outro lado, “pela insistência daqueles setores da sociedade civil em participar efetivamente dessas decisões e concretizar o controle social sobre elas” (DAGNINO, 2002, p. 282).

Tomando como referencial a tradição política brasileira, acredita-se que os novos espaços públicos têm um objetivo central: tentar consertar o elitismo e os vícios dos modos “arcaicos” de tomada de decisões. No entanto, esse objetivo tem sido, por vezes, frustrado, visto que os espaços são “novos”, mas muitas práticas são “caducas”.

3.3.1 O Orçamento Participativo no Brasil: conceito e expansão

O OP surge, no Brasil, como sendo parte de um conjunto de iniciativas que fizeram emergir, desde a segunda metade da década de 70 do século XX (em contraposição ao regime militar), propostas de tornar a administração pública mais maleável à participação popular. Alguns municípios brasileiros se destacaram como pioneiros nesse processo, foi o caso de Vila Velha (ES), Lages (SC) e Recife (PE).

O município de Vila Velha (ES), durante todo o período da ditadura militar, foi governado pelo partido de oposição (MDB) o que impulsionou a luta pela organização em movimentos sociais organizados e em associações de bairros. Em 1983 foi criado, pela prefeitura municipal, o conselho comunitário de Vila Velha e foi, através desse conselho, que a população começou a participar da discussão do orçamento municipal de Vila Velha. A decisão de abrir a discussão do orçamento foi do executivo, motivado pelo processo de redemocratização e pela organização da sociedade civil existente no município (FERRI, 2009).

O município de Lages (SC) vivenciava, no ano de 1976, uma escassez de recursos tremenda. Esse fator levou a gestão municipal a abrir espaço para a participação popular. Inicialmente, a gestão promoveu programas à agricultura familiar incentivando a criação de cooperativas e a utilização de recursos locais como fatores de produção. Além disso, houve um incentivo à participação de pais e

alunos no convívio com as escolas e à criação de associações de bairro (OLIVEIRA, 2007).

Nesse sentido, a prefeitura de Lages (SC) desenvolveu um programa rígido de incentivo à organização da população, através de uma regra imposta: “quem não estivesse organizado com a comunidade, participando de reuniões e ajudando na tomada de decisões não teria acesso aos serviços da municipalidade” (OLIVEIRA, 2007, p. 44).

A participação popular em Recife (PE) e sua relação com a administração municipal remete ao período que corresponde ao governo da Frente do Recife (1955-1964). Momento este de “forte participação das camadas populares” (SILVA, 2011, p. 344). Em Recife a articulação entre governo e a população não ocorre diferente dos dois municípios citados acima. Há uma articulação popular baseada nas associações de bairro e cuja ênfase se dava nas reivindicações de cada localidade, e, através de um processo de abertura para a discussão de diretrizes políticas ou programas de governo. No entanto, “o governo exerce uma tarefa de estímulo à organização popular e com isso não se apresenta como antagonista dos movimentos comunitários, mas sim, como referencial para as suas reivindicações” (SILVA, 2011, p. 345). Esse processo é definido por Avritzer (2003) como “constituição de associativismo a partir do Estado”.

A tradição de manter mecanismos de audição da população é mantida, inclusive, no período da ditadura militar. O Prefeito Gustavo Krauze, nomeado pelo sistema, cria, nos bairros de Recife, barracões populares que eram os intermediários entre a comunidade (recolhimento de demandas) e a prefeitura (órgão regulador do poder municipal).

Com o retorno das eleições diretas para as capitais em 1985, Jarbas Vasconcelos foi eleito (pelo voto direto) prefeito da capital pernambucana e desenvolveu o “Programa Prefeitura nos Bairros” que pretendia desempenhar “um trabalho conjunto entre a administração, através de suas secretarias e órgãos, e as comunidades visando à definição e execução das prioridades de cada área da cidade” (SILVA, 2011, p. 345). Esse programa, com a criação das Plenárias Populares e das Regiões Política Administrativas, serviu de base para a implementação do modelo de orçamentos participativos nas grandes cidades, no Brasil e, mais diretamente, na execução, no segundo mandato de Jarbas Vasconcelos (1993-1996), do Orçamento Participativo na cidade do Recife.

Nesse sentido, o surgimento de experiências participativas no Brasil, inclusive o Orçamento Participativo, está ligado, segundo Teixeira e Albuquerque (2006), a pelo menos três fatores: a preocupação da sociedade civil com a gestão das políticas públicas; a alocação e o controle do orçamento público a um novo marco jurídico-institucional dado pela Constituição Federal de 1998 e a ascensão dos partidos de esquerda (especialmente o Partido dos Trabalhadores - PT) ao poder municipal com propostas de governar com a participação popular.

A preocupação da sociedade civil com a gestão das políticas públicas tem início na década de 70 do século XX (no Brasil e em outros países da América Latina), cenário da emergência de muitos movimentos sociais que ganharam visibilidade na luta contra as ditaduras militares pelos direitos humanos e pela garantia e ampliação dos direitos sociais e políticos. Como resultado do processo de mobilizações populares despontaram inúmeras experiências de participação cidadã como reivindicação de organizações populares que lutavam por melhorias significativas nas condições de vida da população que se traduziam em propostas de políticas públicas, de participação e de controle social sobre essas políticas, especialmente, em nível local, estabelecendo-se, assim, um relacionamento entre a sociedade civil e o Estado (TEIXEIRA; ALBUQUERQUE, 2006).

O controle do orçamento público se fortalece a partir da Constituição Federal de 1988, quando a participação dos movimentos sociais no Brasil pressiona a inclusão, no texto constitucional, de artigos que suscitavam a consolidação e abertura de canais de participação cidadã. A partir da Carta Magna de 1988 consolidou-se a ideia de que a participação não seria exercida apenas por um campo privilegiado de representantes eleitos a cada quatro anos, mas poderia ser exercida por qualquer cidadão, de forma mais direta e cotidiana.

Nesse sentido, a Constituição de 1988 é considerada um marco importantíssimo no que concerne à criação de mecanismos e à abertura de espaços de participação da sociedade na gestão das políticas públicas, pois, a partir de sua promulgação, leis federais, estaduais e municipais foram elaboradas no sentido de regularizar as diversas formas de participação inaugurada pela Constituição Cidadã. Além disso, a Constituição ao estimular a abertura de canais de participação fortaleceu a criação de experiências de Orçamento Participativo através do fornecimento de capacidades financeiras e legais que permitiram levar a cabo novas formas de gestão.

O Partido dos Trabalhadores foi criado na década de 80 como resultado da confluência de sujeitos políticos advindos do novo sindicalismo, de parlamentares ligados à “tendência popular” de organizações de esquerda e dos movimentos populares e urbanos, geralmente ligados à ala progressista da Igreja Católica.

Dessa forma, no interior do PT, surgiram as discussões sobre a implementação de conselhos populares e outras formas de gestão democrática do Estado. No entanto, o PT foi crescendo, e com ele, as divergências e “facções” que promoviam acalorados debates no seu interior, os quais desembocaram na concretização do afastamento de filiados por não concordarem com a política de alianças que elevou o partido ao topo da política nacional.

Existem várias definições para o OP, mas optou-se, aqui, pela definição de Avritzer e Navarro (2003) que apresentam o OP como uma forma de rebalancear a articulação entre a democracia representativa e a democracia participativa baseadas em quatro características: a) a soberania é cedida a um conjunto de assembleias regionais e temáticas que operam a partir de critérios de universalidade participativa; b) o OP implica a reintrodução de elementos da participação local (assembleias regionais) e elementos da delegação (conselho do OP); c) o OP se baseia no princípio da autorregulação soberana, ou seja, a participação envolve um subconjunto de regras que são definidas pelos próprios participantes; e, d) a reversão das prioridades de distribuição de recursos públicos em nível local através de uma fórmula técnica de determinação de prioridades orçamentárias que privilegia os setores mais carentes da população.

Existe uma literatura vasta⁶ que apresenta e discute as experiências de OP no Brasil. O OP, como prática institucionalizada de participação da população na gestão dos recursos públicos, tem sua gênese na cidade de Porto Alegre-RS, em 1989, quando um governo petista assumira a prefeitura. Esta experiência é considerada a mais bem-sucedida do país (1989 a 2004) e serviu como referência para o surgimento de outras experiências no Brasil, na América Latina (Buenos Aires, Montevideu) e na Europa (França, Espanha, Itália, Alemanha).

Marquetti (2007) apresenta três dimensões que orientam o OP no Brasil. Essas dimensões são de suma importância para a diferenciação dos tipos de OPs

⁶ Encontrou-se, na internet, uma lista de bibliografias relacionadas ao Orçamento Participativo: um universo de 222 bibliografias. Vale ressaltar que esse levantamento deixa de fora muitas dissertações e teses defendidas no Brasil nos últimos anos sobre o tema bem como livros e capítulos de livros.

desenvolvidos no país: a definição das preferências (quem participa? Como a participação é organizada? O que é definido pela população?); a tomada de decisões (modo como o orçamento é escrito? Quem escreve?); e o controle sobre o processo (como os mecanismos de controle são organizados).

Assim sendo, Marquetti (2007) apresenta uma tipologia do OP e demonstra que existem cinco tipos de OP em andamento no Brasil. Para tanto, o autor toma, como base, as 69 cidades com mais de 100.000 mil habitantes que adotaram a referida prática na gestão 2001-2004.

O primeiro tipo é a **consulta popular** – ocorre a apresentação de preferências e os encontros por região, mas não há recursos alocados para executar as demandas, nem tampouco mecanismos para garantir a execução; o segundo tipo é o **OP comunitário** – há a definição das preferências e a eleição dos representantes dos movimentos sociais, associações, decide sobre um percentual reduzido, de modo que os representantes do governo têm um papel determinante nas decisões; o terceiro tipo é o **OP de baixa intensidade** – decide sobre menos de 20% do total dos investimentos – são realizadas assembleias regionais, fóruns de delegados, de modo que o controle é reduzido; o tipo que se segue é o **OP de média intensidade** – os cidadãos decidem sobre um montante que varia entre 20% e 80%, é formado o fórum dos delegados e o conselho, são definidas as regras de agregação das preferências e é elaborado o plano de investimentos e serviços; e por último, o **OP de alta intensidade** – decide sobre mais de 80% dos recursos, as decisões abrangem todas as áreas, são desenvolvidas assembleias regionais e temáticas, o fórum dos delegados e o conselho, o orçamento é elaborado sob a coordenação de delegados e conselheiros, o OP é instituído pela Câmara dos Vereadores e é elaborado o Plano de investimentos a partir das regras de agregação das preferências e de distribuição de investimentos.

Não há uma hierarquia dessa tipologia apresentada, pois é possível que uma experiência de OP, ao surgir em determinada cidade, já apresente as características do OP de alta intensidade, bem como o contrário: um OP que, durante anos, ficou dentro desse tipo e por questões diversas venha a se caracterizar como um OP de consulta popular.

A implementação das experiências de Orçamento Participativo no Brasil (Belo Horizonte, Recife, João Pessoa) não obedece a uma lógica de transposição das características desenvolvidas pelo Orçamento Participativo pioneiro de Porto Alegre,

mas elas vão se estruturando a partir das especificidades da cultura política local, da tradição associativa dos municípios e dos projetos políticos dos governos.

Há um consenso, entretanto, por parte dos estudiosos do assunto (TEIXEIRA; ALBUQUERQUE, 2006), de que os orçamentos participativos são organizados, metodologicamente, através de um “ciclo” anual. O ciclo anual é aberto com a convocação e divulgação de reuniões nos bairros ou nas regiões onde ocorre uma primeira seleção de prioridades. Nessas reuniões são eleitos os negociadores das demandas eleitas (delegados), que as acompanham até a inserção delas na Lei Orçamentária Anual (LOA), a qual é entregue à Câmara de Vereadores no mês de setembro. A pesquisa realizada pelo Fórum Nacional de Participação Popular (RIBEIRO; GRAZIA, 2003) conseguiu, considerando as variações de metodologias adotadas pelas experiências, caracterizar o ciclo do Orçamento Participativo no Brasil da seguinte forma:

- a) Construção da **metodologia** do Orçamento Participativo para aquele município, geralmente levando em conta os acordos internos com o governo e, em alguns casos, dialogando com a sociedade organizada localmente. Esta metodologia definirá quais serão as “regras do jogo”, frequentemente, por meio de um Regimento Interno, cujo teor aponta como a cidade será regionalizada; quantas reuniões serão feitas; como serão escolhidos os representantes; qual o percentual de orçamento a ser decidido; qual o papel dos representantes e do poder público etc. Deve-se destacar, ainda, que, todos os anos, as regras podem ser (e muitas vezes o são) mudadas, fazendo-se adaptações para aperfeiçoar a experiência ou adequá-la às circunstâncias.
- b) **Divulgação e mobilização da população** para participar da experiência. Os meios mais utilizados são a imprensa local, o rádio, o carro de som, correspondência, faixas e cartazes. Muitas vezes, a população se envolve na mobilização da cidade.
- c) Realização de **reuniões com moradores dos bairros**, nas regiões do município, nas quais são indicadas as prioridades para o orçamento público do ano seguinte e escolhidos os seus representantes, em geral, chamados de delegados e/ou conselheiros. Os conselheiros, em geral, compõem um Conselho do Orçamento Participativo, que negociará com o governo e acompanhará a execução orçamentária. Em alguns municípios, o governo

também indica seus representantes, pois, há conselheiros de governo e da população. Em alguns municípios, há, ainda, plenárias temáticas abertas a qualquer cidadão da cidade, que também indicam prioridades e representantes para o Conselho.

- d) **Negociação** entre os representantes da população e do governo sobre quais serão efetivamente as prioridades para o orçamento a ser executado no ano seguinte. Nas experiências mais consolidadas, os conselheiros discutem com o governo durante várias reuniões até chegar à Peça Orçamentária que será enviada à Câmara de Vereadores.
- e) Envio da **proposta de orçamento** para a aprovação da Câmara de Vereadores com o acompanhamento da população, pois os vereadores têm direito legal de fazer emendas no orçamento.
- f) **Execução orçamentária** por parte do governo, mediante o acompanhamento da população. Em alguns municípios, formam-se comissões de acompanhamento e fiscalização, mas é importante ressaltar que esta é uma das partes mais frágeis da experiência do OP no Brasil, pois, muitas vezes, a população não consegue ter acesso às informações sobre o andamento das decisões tomadas pelo Conselho.

Vale ressaltar, que não existe uma única metodologia aplicada a totalidade das experiências de OP no Brasil. Ribeiro e Grazia (2003), a partir das metodologias identificadas, classificaram as formas de estruturação do OP em três: **básica** (com menos momentos de encontro entre a população e o governo) – reuniões por região, reuniões municipais temáticas do conselho municipal do OP, **intermediária** – reuniões por bairro, reuniões por região, visitas às prioridades escolhidas, reuniões municipais temáticas e reuniões do conselho municipal do OP, e **máxima** (com mais momentos de encontro entre a população e dela com o governo) – reuniões com entidades da sociedade civil, reuniões por bairro, reunião por microrregião, reuniões por região, visitas às prioridades escolhidas, reuniões de delegados por região, reuniões municipais temáticas, reuniões municipais de delegados, reuniões do conselho municipal do OP e congressos do Orçamento Participativo.

Considerando essa classificação, entende-se que o Orçamento Democrático, implementado em 2005, em João Pessoa, enquadra-se na forma de estruturação intermediária, apresentando-se com forte tendência de ascender para a forma de

estruturação máxima, uma vez que vem, nos últimos ciclos anuais, acrescentando etapas que aumentam os espaços de encontro com a sociedade e desta com o governo.

A iniciativa da implementação do OP, como já fora dito, foi da cidade de Porto Alegre-RS, na gestão 1989-1992 nessa mesma gestão; segundo Ribeiro e Grazia (2003), foram iniciadas mais onze experiências. Na gestão seguinte (1993-1996) esse número subiu para 36 municípios com experiências de OP. O período de maior expansão do OP, no Brasil, deu-se na gestão 1997 a 2000, mais que dobrou o número de municípios que iniciaram o OP, quando foram catalogadas pelo FNPP um número de 140 experiências, das quais apenas 103 responderam os questionários referentes à pesquisa mais completa sobre as experiências de OP já realizada.

De acordo com dados do projeto Democracia Participativa da Universidade Federal de Minas Gerais, na gestão de 2001-2004, o número de experiências passou a ser de 177, como está posto na Tabela 02. Vale ressaltar que não foram encontrados dados acerca da configuração atual das experiências de OP no Brasil.

Tabela 02 - Expansão das experiências de OP no Brasil por gestão

Gestão	Número de municípios com OP
1989 – 1992	12
1993 – 1996	36
1997 – 2000	140
2001 – 2004	177
2005 – 2008	*

Fonte: Ribeiro e Grazia (2003) e Costa (2010)

A Tabela 02 demonstra um aumento significativo das cidades brasileiras, a cada gestão, que aderiram à prática do OP. Apesar disso, ainda é um número pequeno (177 experiências, o que corresponde a 3%) se se considerar a totalidade dos municípios brasileiros (5.565). Em comparação com a implantação dos conselhos de saúde, ocorre o contrário, ou seja, o número dos municípios que ainda não implantaram tais conselhos corresponde a 3%.

O artigo intitulado “Vinte anos do Orçamento Participativo: análise das experiências em municípios brasileiros” publicado por Danielle Martins Duarte Costa (2010), apresenta os resultados de uma pesquisa realizada em 26 municípios brasileiros que desenvolveram experiências de OP no período de 1989 a 2004 – as quais se mantiveram por três ou quatro gestões, consecutivas ou alternadas – traz

uma discussão acerca da variabilidade existente no processo de expansão do OP nas regiões brasileiras. As regiões Sul e Sudeste concentram o maior número de experiências (53%), seguidas pela região Nordeste (15,38%) e Norte (3,85%).

Desse modo, entende-se que a expansão das experiências de OP para municípios de pequeno e médio portes, no Brasil, se dá muito lentamente e sem continuidade, o que se deve às variáveis apresentadas por Avritzer (2003): a infraestrutura associativa desses municípios – a maioria dos quais apresenta pouca ou nenhuma infra-estrutura associativa; a vontade política da administração municipal em desenvolver práticas participativas – como o OP não é regulamentado por lei federal, a sua implementação está atrelada a vontade política do gestor municipal; o desenho institucional – o desenho do OP pode variar de acordo com o tamanho do município; e a capacidade financeira para realizar políticas participativas e para implantar os seus resultados – a capacidade de arrecadação da cidade é fundamental para o sucesso da experiência de OP.

3.3.2 Os conselhos gestores no Brasil

Os anos 1990 foram marcados pelo crescimento dos espaços públicos, momento em que se dá a consolidação dos conselhos municipais de políticas públicas com o objetivo de fiscalização e controle social.

A temática tem suscitado pesquisas nas áreas da Sociologia e da Ciência Política, as quais vêm discutindo “o papel dos conselhos gestores de políticas públicas como um dos instrumentos responsáveis pelo estabelecimento de uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado” (TATAGIBA, 2002, p. 47).

Além disso, essas pesquisas demonstram a fragilidade de tais conselhos em cumprir suas funções, isto em virtude dos limites impostos pela herança de práticas patrimonialistas e clientelistas, mas também em função de desenhos institucionais inadequados.

Os mecanismos institucionais, contudo, garantidores que são da participação (os conselhos municipais), “ora constituem-se em meros aparatos utilizados pelos prefeitos em benefício próprio, ora funcionam comprometidos com grupos políticos ligados aos prefeitos e aos representantes do Legislativo” (ANDRADE, 2002, p. 58).

Para Tatagiba (2002, p. 49-50), os conselhos podem ser divididos em três tipos principais: a) os **conselhos de programas** – vinculados aos programas governamentais concretos, em geral associados às ações emergenciais bem delimitadas quanto a seu escopo e a sua clientela; b) os **conselhos de políticas** – ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais; e c) os **conselhos temáticos** – sem vinculação imediata a um sistema ou legislação nacional; existem por iniciativa local ou mesmo por estímulo estatal.

Dessa forma, os conselhos gestores emergiram como uma inovação institucional e, como visto, abrangem diversas áreas, todavia, o que os diferenciam são sua natureza, sua composição e suas atribuições.

No que se refere à natureza dos conselhos, estes são órgãos concebidos como uma forma peculiar de influir na vontade normativa do Estado através do controle da sociedade sobre as políticas públicas e sobre o conjunto das ações do governo. Além disso, constituem instâncias de caráter deliberativo.

A composição dos conselhos está inscrita nas legislações próprias aos estados e municípios, ou seja, nas Constituições estaduais e municipais. Na maioria dos casos, os conselhos são paritários e plurais, ou seja, são compostos por 50% de representação da sociedade civil organizada (as mais variadas entidades que têm um trabalho consolidado sobre a temática do conselho) e 50% de representação do governo.

Essa paridade, no entanto, muitas vezes fica comprometida pela relação “clientelista” que foi, historicamente, estabelecida entre os grupos políticos e os membros de organizações sociais. Nesse sentido, os conselhos poderiam ser caracterizados como “sepulcros caiados”, ou seja, com uma aparência legal, mas com práticas “deterioradas” no seu interior.

Os conselhos gestores se apresentam como possibilidade de restabelecimento de uma nova relação entre a sociedade civil e o Estado, pautada num contrato social capaz de ampliar os espaços de discussões e de promover *cidadania ativa*.

Os conselhos começaram a ser implementados no Brasil na década de 90, inicialmente, na área de saúde, e, depois, expandiu-se para as mais variadas áreas (assistência social, criança e adolescente etc.).

Assim, dentre os conselhos de políticas, o conselho de saúde é o mais estudado por especialistas, isso pode ocorrer pelo fato de o conselho de saúde ser o mais antigo e o mais consolidado. Nesse sentido,

Os conselhos saíram da agenda propositiva dos reformadores e ornaram-se parte integrante do arcabouço jurídico-institucional do setor de saúde em todas as esferas e níveis, mais do que na lei, encontram-se, hoje, na vida institucional e social (CARVALHO apud ANDRADE, 2009, p. 18).

Estudos recentes vêm demonstrando que os conselhos tem sido uma arena dentro da qual os interesses dos setores populares são representados e na qual os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisão política. Entretanto, embora os conselhos possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, “eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros” (CORTES apud REGO, 2009, p. 149).

Nesse sentido, como afirma Gonh (2001a), se os conselhos não tiverem poder deliberativo de fato, podem ficar reféns dos políticos/administradores de plantão ou o próprio conselho representar apenas o interesse comum do grupo mais próximo dos conselheiros.

Apesar da própria existência dos conselhos e dos orçamentos participativos apontarem para uma considerável vitória na luta pela redemocratização dos processos de decisão, os estudos correntes demonstram que tem sido muito difícil romper com a cultura política de funcionamento dos conselhos, em que as decisões mais importantes sobre a definição das políticas e das prioridades sociais ainda são méritos do Estado.

3.3.2.1 O Conselho Municipal de Saúde

Dentre os conselhos gestores destacamos o conselho de saúde como foco privilegiado de nosso estudo, pelo fato de ser, no município de João Pessoa, o conselho mais “antigo”, existindo desde o ano de 1990.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Os Conselhos de saúde (existentes nos três níveis de governo) visam a discutir, tomar decisões e solucionar os problemas relacionados à saúde da população permitindo, assim, que as pessoas, através da representação de suas entidades, possam intervir e participar da execução de políticas descentralizadas, assim como fiscalizar aspectos econômicos e financeiros dos recursos destinados à saúde. Tais conselhos são órgãos de extrema importância na participação popular da gestão pública do país.

Atualmente, o Brasil conta com um Conselho Nacional de Saúde (CNS), que analisa o país como um todo, realizando a tomada de decisões em âmbito nacional, 27 conselhos estaduais de saúde, discutem problemas relevantes que são afetos a seus respectivos estados, e, aproximadamente, 5.417 (cinco mil quatrocentos e dezessete) conselhos municipais de saúde, que planejam e controlam recursos destinados à saúde nos municípios (CNS, 2011).

Os conselhos, normalmente, reúnem-se uma vez por mês com o intuito de discutir e oferecer novas propostas para o funcionamento do SUS. Nessas reuniões são apresentadas situações e necessidades gerais de saúde da população para, então, serem estabelecidas e definidas soluções para que os serviços prestados sejam mais eficientes.

Os conselhos de saúde, nas três esferas de governo, são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde. As vagas são distribuídas da seguinte forma: 50% para usuários; 25% para trabalhadores da saúde; e 25% para representantes do governo e prestadores de serviços. Dessa forma, a participação direta da população nesse espaço é limitada, pois a eleição dos conselheiros não ocorre a partir da candidatura de cidadãos moradores/usuários dos serviços de saúde, mas de entidades que atuam na área de saúde, ou seja, o conselho é um espaço de participação indireta da população.

Há, no Brasil, uma vasta literatura que analisa as experiências dos conselhos de saúde, principalmente, no que concerne ao controle social na saúde. Os estudos da área revelam a importância atribuída à herança autoritária da estrutura de dominação patrimonialista que marcou a formação do Estado Nacional brasileiro, e

que, apesar de todos os avanços legais, ainda se manifesta na manutenção de práticas oligárquicas e clientelistas nas estruturas de governo, conforme reforça Andrade (2009, p. 20-21),

O processo de institucionalização da participação se dá num contexto marcado pela convivência contraditória entre um aparato jurídico institucional, aparentemente, compatível com uma sociedade democrática moderna e práticas políticas de “caráter” tradicional, patrimonialistas e clientelistas. Ainda há um hiato profundo entre normas e práticas, e a separação deste depende, em grande medida, de postura política dos governantes, da sua adesão a um modelo de gestão que amplie o espaço público para a participação da sociedade, inclusive com um mecanismo de controle de ações de governo.

Sendo assim, a obrigatoriedade legal dos conselhos de saúde, implantados em, aproximadamente, 97% dos municípios brasileiros⁷, não garante uma mudança efetiva nas formas de gestão da política de saúde. Essa contradição se sustenta devido ao descompasso entre a norma geral (Lei Federal) e a cultura política clientelista predominante em boa parte dos municípios. Dessa forma, o que vem ocorrendo em alguns municípios brasileiros é a inversão do sentido do controle social, ou seja, ao invés da sociedade controlar as ações dos governantes através dos conselhos, estabeleceu-se um controle dos governantes sobre a formação e funcionamento dessa instância de participação.

Outro fator apontado por Andrade (2009) como um elemento que obsta o exercício do controle social por parte dos conselhos gestores é a falta de informações necessárias ao pleno exercício da participação dos conselheiros. Pois,

A informação oferece suporte a uma participação mais consciente, razão porque ela se transforma em um instrumento de poder. Predomina ainda, no aparato estatal brasileiro uma concepção burocrática de gestão baseada na superioridade do saber técnico que sustenta uma elite técnica-burocrática que realimenta todo sistema político. [...] nos conselhos de saúde ocorre, quase sempre, a prevalência do saber médico, que inibe a participação do usuário ou se sobrepõe, em termos de importância, às demais posições (ANDRADE, 2009, p. 23).

⁷ De acordo com a pesquisa MUNIC do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2011) 148 municípios brasileiros declararam não terem implantado, ainda, conselhos de saúde, o que equivale a 3%.

A partir de 2011, esse problema referente à informação passou a ser enfrentado com a promulgação da Lei n. 12.527 que garante o acesso à Informação Pública e assegura que qualquer pessoa tem o direito de requisitar informações de interesse público ao governo, que por sua vez tem o dever de ser transparente (BRASIL, 2011).

No capítulo que se segue será apresentado o município de João Pessoa em um enfoque histórico afeto às mudanças operacionalizadas na gestão democrática, principalmente, através da implantação de espaços de participação descentralizados – o OD e o CMS.

4 O MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA: MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE O ESTADO E A SOCIEDADE

O Governo Municipal se dispõe a ouvir a população e a discutir com cada morador os problemas comuns no bairro e até aqueles específicos de cada localidade, porque é dessa forma que se constrói uma cidade mais democrática.
(Luciano Agra)

O presente capítulo procura mostrar a evolução urbana recente da cidade de João Pessoa e como se estruturaram os mecanismos da participação direta da sociedade na definição das prioridades administrativas do governo local. Nesse momento, trata-se apenas de mostrar os escopos formais em que se baseiam esses instrumentos participativos na cidade de João Pessoa, sem uma análise qualitativa maior, a qual será desenvolvida no capítulo seguinte.

A escolha pelo município de João Pessoa foi motivada pelas características peculiares ao referido município, principalmente, no que se refere ao adensamento populacional, ao crescimento dos índices de pauperização da população e ao crescimento dos índices de violência.

4.1 A CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB: CONTRADIÇÕES SOCIAIS E CRESCIMENTO URBANO

A evolução urbana da cidade de João Pessoa no século XX apresenta marcas claras do processo de urbanização ocorrido nas grandes cidades brasileiras, e não apresenta diferenças em relação à melhoria na qualidade de vida das cidades do Nordeste Brasileiro.

No período compreendido entre 1923 a 1963 a urbanização da cidade de João Pessoa foi acelerada, sendo motivada, principalmente, pelas transformações da Revolução de 1930. Sua expansão espacial segue em direção ao Leste pela Avenida Epitácio Pessoa, impulsionando a dinâmica urbana. A instalação da Universidade Federal da Paraíba, em 1955, no governo de José Américo de Almeida, propicia transformações espaciais e demográficas, além do surgimento de uma nova classe média, com um perfil menos rural.

Com uma feição bem mais capitalista, entre os anos 1960 até o final da década de 70, começa sua grande expansão e redefinição da estrutura urbana,

impulsionada pela intervenção de políticas federais, como a implantação do distrito industrial e o crescimento do setor terciário, a ampliação do sistema viário, o crescimento da construção civil. Os conjuntos habitacionais vão se constituir em elemento chave para a reordenação da sua estrutura urbana, conduzindo a expansão de muitos bairros⁸ e criando nova centralidade na composição social da cidade.

No final da década de 70 continua a migração rural/urbana e a expansão dos bairros, consolidando uma nova clientela política tendente, também, a uma maior pressão social. De 1978 aos anos 80 a cidade explode em direção às zonas Sul e Sudeste, à revelia de planejamento e implantação de infra-estrutura básica. A ênfase de construção de conjuntos habitacionais populares resultou da estratégica política do período ditatorial.

Na década de 90, verifica-se uma maior expansão da malha urbana com valorização imobiliária de áreas nobres, proliferação de edifícios comerciais, de lazer e de serviços. “João Pessoa desenvolve o seu potencial turístico com a expansão da rede de hotelaria na região da orla marítima, ao lado do crescimento da ocupação residencial de alto padrão, com tendência à verticalização” (JOÃO PESSOA, 2009a, p. 42).

De acordo com a última contagem da população realizada pelo IBGE (2010), João Pessoa possui uma população de 723.514 (setecentos e vinte e três mil quinhentos e quatorze) habitantes. Apesar de existirem dados atualizados pelo IBGE (2010), boa parte da exposição será feita com base nos dados do IBGE (2000) pelo fato de a Topografia do Município de João Pessoa (2009a) ter sido construída a partir dos dados desse ano.

A cidade de João Pessoa, identificada como a cidade mais arborizada do país, é organizada, por lei municipal, em 59 bairros e seis regiões especiais às quais, em 2005, por ocasião da criação do Orçamento Democrático, foram agregadas 14 (quatorze) regiões orçamentárias⁹ (RO). Essa agregação (em regiões orçamentárias) não é, ainda, adotada pelas diversas secretarias municipais. A saúde opera em cinco distritos sanitários e, a educação, em nove pólos de gestão (JOÃO PESSOA, 2009b).

⁸ 13 de Maio (1968), Jardim Luna (1968), Ipês (1968), Castelo Branco I, II e III (1969 a 1975), Costa e Silva (1974), Ernani Sátiro (1977), João Agripino (1977), Cristo (1977) e José Américo (1978).

⁹ A divisão da cidade de João Pessoa em regiões orçamentárias obedeceu aos critérios de característica e proximidade geográficas.

A Tabela 03 retrata a concentração de bairros e domicílios por regiões orçamentárias de João Pessoa, tendo, a 5ª região, a maior concentração de bairros (10 bairros), conseqüentemente, maior concentração populacional (78.724 habitantes) e a 12ª, com apenas um bairro e uma população de 6.288 habitantes, conforme detalhado abaixo.

Tabela 03 - Concentração de bairros e domicílios por Região Orçamentária de João Pessoa

RO	Bairros	%	População	%	Domicílios	%
1ª	7	10,8	53.749	9,0	14.451	9,3
2ª	6	9,2	19.038	3,2	5.129	3,9
3ª	2	3,1	68.007	11,4	18.310	11,8
4ª	5	7,7	30.863	5,2	7.700	5,0
5ª	10	15,4	78.724	13,2	20.026	12,9
6ª	5	7,7	22.405	3,7	5.401	3,5
7ª	3	4,6	68.754	11,5	17.640	11,4
8ª	2	3,1	57.022	9,5	14.248	9,2
9ª	4	6,1	35.804	6,0	9.074	3,2
10ª	3	4,6	19.668	3,3	5.052	3,2
11ª	6	9,2	62.283	10,4	15.851	10,2
12ª	1	1,5	6.288	1,1	1.563	1,0
13ª	5	7,7	36.896	6,2	10.068	6,5
14ª	5	7,7	36.762	6,1	9.869	6,4
MB	1	1,5	1.896	0,3	441	0,3
Total	65	100	597.934	100	155.043	100

Fonte: João Pessoa (2009a).

Pode-se perceber que há uma concentração populacional na maioria das regiões, ou seja, das 14 regiões orçamentárias, nove apresentam uma população acima de 30.000 (trinta) mil habitantes, das quais seis estão acima de 50.000 (cinquenta) mil habitantes. Veja-se:

Tabela 04 - Distribuição das RO por intervalos de agregação da população de João Pessoa

Habitantes	RO
- 2.000	Mata do Buraquinho (1)
+ 2.000 a 20.000	2ª, 10ª, 12ª, 4ª(4)
+ 20.000 a 30.000	6ª (1)
+ 30.000 a 40.000	14ª, 13ª, 9ª(3)
+ 50.000	1ª, 3ª, 5ª, 7ª, 8ª, 11ª(6)

Fonte: João Pessoa (2009a)

Os dados populacionais sobre a cidade de João Pessoa (IBGE, 2000) mostram, também, que 40% de seus bairros têm até 5.000 mil habitantes, e que

72% deles são de pequeno porte, sem mencionar-se que apenas cinco possuem mais de 20.000 habitantes. Essa distribuição permite perceber que o bairro mais populoso é Magabeira, com 67.398, e o menos populoso é Mussurê, com apenas 18 habitantes, o que expõe, destacadamente, a discrepância na concentração de população nos bairros da capital.

Tabela 05 - Distribuição de bairros por intervalos de agregação de população de João Pessoa

Habitantes	nº	%
+ 40.000 a 67.398	1 (Magabeira)	1,5
+ 20.000 a 40.000	4	6
+ 10.000 a 20.000	13	20
+ 5.000 a 10.000	21	32
+ 1.000 a 5.000	20	31
18 a 1.000	6	9,5
Total	65	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

Em 2000, a população do município representava 17,36% da população do estado e 0,35% da população do país. No período de 1991 a 2000 a população de João Pessoa teve uma taxa média de crescimento anual de 2,14%. E já alcançara, em 2000, 100% de urbanização (IBGE, 2011).

No que se refere aos indicadores de mortalidade infantil e de esperança de vida ao nascer, em 2008, a taxa de mortalidade infantil era de 11,82% (de cada 1000 crianças nascidas vivas). Assim, observa-se uma melhoria considerável desse indicador, pois, no período de 1991 a 2000, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 19,02%, passando de 49,89 (por mil nascidos vivos), em 1991, para 40,40% em 2000, e a expectativa de vida, ao nascer, também cresceu bastante: em 1991, era de 61,60 anos; em 2000, passou para 68,22 e, em 2005, era de 71,35 anos.

Desde a sua emancipação, em 1895, a cidade de João Pessoa foi governada por 42 prefeitos. No período pós-ditadura militar (de 1986 a 2010) a cidade conta com uma lista de seis prefeitos: Antonio Carneiro Arnaud (MDB, 01/1986 – 01/1989), Wilson Braga (PDT, 01/1989 – 04/1990), Carlos Manguiera (04/1990 – 01/1993), Francisco Xavier Monteiro de França (PDT, 01/1993 – 01/1997), Cícero Lucena Filho (PMDB, 01/1997 – 01/2005), Ricardo Vieira Coutinho (PSB, 01/2005 – 03/2010), este último se afastou de suas atividades administrativas como prefeito no dia 31 de março de 2010 para concorrer ao governo do estado, tendo assumido, a prefeitura da capital, o seu vice: José Luciano Agra de Oliveira.

Nesse sentido, observa-se que governar a prefeitura de João Pessoa funciona como um treino ou um teste para galgar cargos mais elevados politicamente. Acredita-se que isso ocorre pelo fato de a cidade de João Pessoa ser o maior colégio eleitoral do estado e por ser, também, a sede do governo estadual, fator que facilita as alianças e as negociações políticas entre o Executivo municipal e o estadual, bem como sua relação com o Legislativo estadual.

Nas duas últimas décadas foram constituídos, Segundo Souza Júnior (2011), quatro organizações populares de maior repercussão em João Pessoa: o Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN), a Central dos Movimentos Populares (CMP), o Movimento de Luta nos Bairros e Favelas (MLBF) e o Núcleo de Defesa da Vida (NDV). Os três primeiros têm uma atuação voltada para as questões referentes à urbanização e à ocupação do espaço urbano e, o último, luta por questões de mobilidade social. Segundo Souza Júnior (2011, p. 17) “o Movimento Nacional de Luta pela Moradia tem participado efetivamente do processo de produção social do espaço urbano da cidade de João Pessoa”.

Pelo fato de possuir uma boa estrutura organizacional, o Movimento Nacional de Luta pela Moradia se apresenta com um papel decisivo no debate sobre a produção do espaço urbano, seja em decorrência da forma de atuação, seja pela sua influência política, social e ideológica, que vem exercendo nos últimos anos (SOUZA JÚNIOR, 2011).

No que se refere ao modelo de gestão, a cidade vem experimentando, nos últimos oito anos, uma proposta de gestão participativa, mediante a introdução de espaços abertos à participação da população na gestão municipal, a exemplo do Orçamento Democrático e da ouvidoria municipal de saúde¹⁰.

Os princípios da participação democrática estão presentes na Lei Orgânica Municipal (LOM) de João Pessoa, de 02 de abril de 1990, quando afirma, em seu artigo 87, que “são organismos de cooperação com o poder público os conselhos municipais, as fundações, entidades e associações privadas que realizem função de utilidade pública” (JOÃO PESSOA, 1990, p. 47).

A LOM, em consonância com a Constituição Federal de 1988 e com as leis específicas federais, abre a possibilidade de participação da sociedade civil a partir da criação de um leque de conselhos e conferências municipais:

¹⁰ A ouvidoria de saúde do município de João Pessoa foi criada no ano de 2005, e funciona como um canal de interação da gestão com os usuários da saúde.

- a) Conselho Municipal da Mulher (artigo 75);
- b) Conselho Municipal de Transportes Públicos (artigo 156);
- c) Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano (artigo 159);
- d) Conselho Municipal de Proteção Ambiental (artigo 176);
- e) Conselho Municipal de Educação (artigo 193);
- f) Conselho Municipal de Cultura (artigo 197);
- g) Conselho Municipal de Saúde (artigo 215);
- h) Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (artigo 230);
- i) Conselhos Distritais de Saúde (artigo 215);
- j) Conferência Municipal de Educação (artigo 184);
- k) Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo governo, mas com ampla participação da comunidade (artigo 215).

Sabe-se que o fato de uma lei abrir a possibilidade de participação da sociedade civil não garante, por si só, que a participação se efetive. É necessário que se tenha, por um lado, vontade política por parte dos governos para implementar tais mecanismos de participação e, por outro, uma organização forte da sociedade para exigir a ocupação, com qualidade, desses espaços. Desse leque de conselhos apresentados acima, o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa foi criado ainda no ano de 1990, ano de promulgação da LOM.

Outro instrumento que faz parte das mudanças na gestão no município de João Pessoa é o Plano Diretor (PD), previsto na Constituição Federal de 1988 (para os municípios com mais de 20 mil habitantes), no Estatuto da Cidade (Lei n. 10.257/2001) e na Lei Orgânica do Município (artigos 152 e 240), o qual foi aprovado pela Lei Complementar n. 03 de 30 de dezembro de 1992, pelo então prefeito, Carlos Alberto Pinto Manguiera. Assim, o PD de João Pessoa “é um documento síntese que reúne as diretrizes e os objetivos da política urbana” (JOÃO PESSOA, 1992, p. 2).

O PD de João Pessoa já foi revisado algumas vezes. Sua última revisão consta na Lei Complementar n. 054 de 23 de dezembro de 2008. O prefeito Ricardo Coutinho, no ano de 2009 apresenta um Decreto (n. 6.499) que consolida a Lei Complementar n. 054, cujo teor reafirma o objetivo do PD:

O Plano Diretor tem como objetivo assegurar o desenvolvimento integrado das funções sociais da cidade, garantir o uso socialmente justo da propriedade e do solo urbano e preservar, em todo território, os bens culturais, o meio ambiente e promover o bem-estar da população (JOÃO PESSOA, 2009b, p. 02).

De acordo com Lima (2011), há uma desarticulação entre os instrumentos de gestão democrática e desenho urbano participativo no município de João Pessoa, ou seja, “não se percebe uma articulação maior entre o PD e o OD” (LIMA, 2011, p. 3).

A prefeitura municipal de João Pessoa está organizada de forma setorizada, com a existência de secretarias que atuam a partir de temáticas relevantes da gestão: Saúde; Educação e Cultura; Transparência Pública; Administração; Comunicação Social; Desenvolvimento Social; Gestão Governamental e Articulação Política; Desenvolvimento Urbano; Finanças; Desenvolvimento Sustentável de Produção; Juventude, Esporte e Recreação; Meio Ambiente; Políticas Públicas para as Mulheres; Planejamento; e Receita Municipal.

De acordo com um balanço do governo municipal (2005-2008), a cidade de João Pessoa combina equilíbrio financeiro com fortalecimento da democracia, redução das desigualdades sociais com desenvolvimento planejado e sustentável.

4.2 O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO

4.2.1 Definição, finalidade e abrangência do Orçamento Democrático

O Orçamento Democrático foi instituído a partir da Lei Ordinária Municipal n. 10.429, de 14 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre a estruturação e coordenação do Orçamento Democrático. Após a instituição da referida lei foi designada, pelo governo local, a equipe de coordenação do OD com a incumbência de preparar a abertura do processo. Assim sendo, foi feito um zoneamento da cidade em 14 (quatorze) regiões que serviram de base fundamental para o desenvolvimento do processo de participação no OD. O momento posterior foi a abertura do processo com reuniões nas comunidades para a divulgação e explicação das regras de funcionamento do OD com a participação do prefeito da cidade.

Em 2010, a Câmara Municipal aprova, e o prefeito sanciona, a Lei n. 11.903, de 29 de março de 2010, que institucionaliza o OD no âmbito do município de João Pessoa, conforme dispõe o artigo 1º da referida lei:

Fica institucionalizado no âmbito da administração pública, o Orçamento Democrático do município de João Pessoa, instância da democracia participativa que visa permitir à sociedade participação direta na elaboração das leis que tratam do orçamento público e de consulta sobre as diretrizes para aplicação de recursos financeiros (PARAÍBA, 2010, p. 1).

O Orçamento Democrático é definido pelo Regimento Geral do OD (Anexo A) como um “instrumento de participação direta dos(as) cidadãos(ãs) no processo de elaboração, implementação, e fiscalização, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei Orçamentária Anual e do Plano Plurianual, do Município de João Pessoa” (JOÃO PESSOA, 2005a, p. 1).

Além disso, é entendido como um mecanismo de informação do Poder Municipal sobre as principais demandas das comunidades, mas é, sobretudo, um processo de transformação da cultura político-organizacional da sociedade, ou seja, o OD é um espaço de compartilhamento de poder entre o Governo Municipal e a sociedade.

O OD de João Pessoa tem, como princípios básicos, o fortalecimento do Poder Local, o fortalecimento democrático da sociedade, através da sua participação na gestão pública municipal, e o estabelecimento do controle social, através de mecanismos de prestação de contas e de transparência das políticas públicas.

A finalidade desta nova forma de pensar a cidade é instituir a democracia participativa na gestão das políticas públicas do Município de João Pessoa, através da criação de espaços públicos não-estatais de articulação de interesses; formular a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO); formular a Lei Orçamentária Anual; formular o Plano Plurianual (PPA); e formular o Plano de Investimento Setorial.

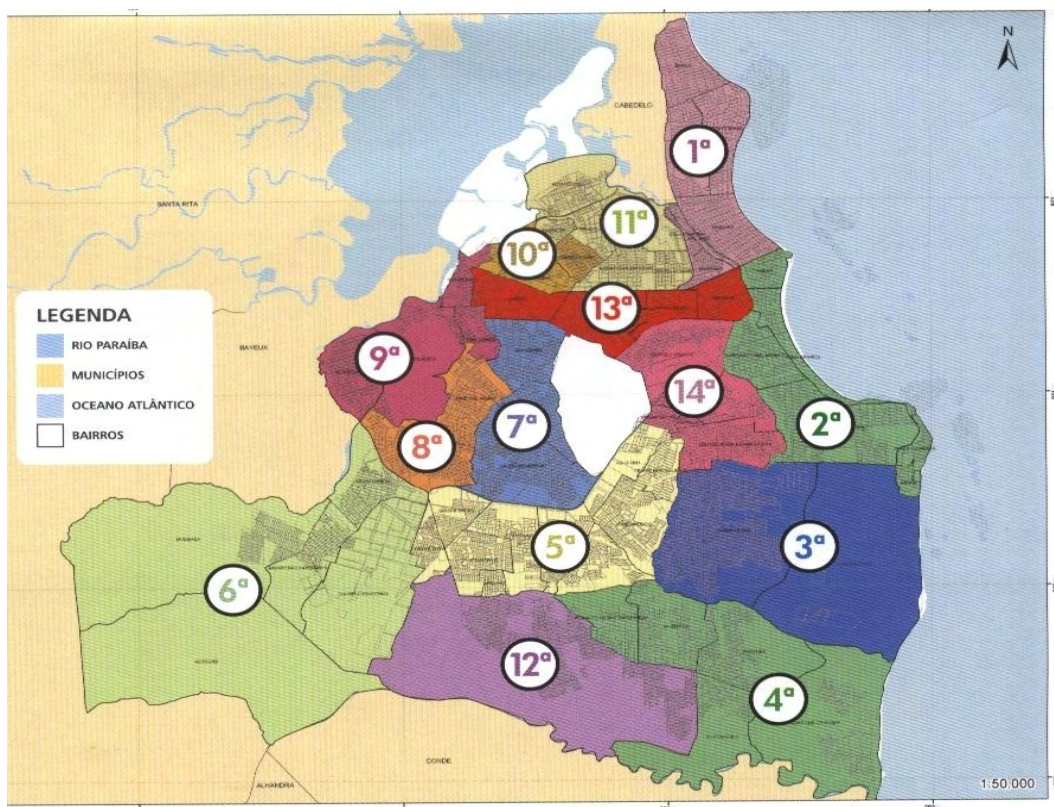
A proposta de participação da população nos processos de tomada de decisões acerca do orçamento municipal despontou, em João Pessoa, como parte do programa de governo do candidato a prefeito Ricardo Coutinho nas eleições municipais de 2004. Assim, o OD foi uma “promessa de governo” que se materializou com a vitória de Ricardo Coutinho (PSB) ao cargo de prefeito da capital do estado com uma votação de 64,4% dos votos.

Dessa forma, o OD surge do estabelecimento do diálogo constante do governo municipal com a sociedade e com os movimentos sociais e populares que exigiu um espaço de debate mais direto com o poder público.

O formato do OD foi resultado de diversas pesquisas de outras experiências de Orçamento Participativo em andamento no país, principalmente, do OP de Porto Alegre, a experiência mais bem-sucedida do país que inspirou novas práticas de OP no Brasil, na América Latina e na Europa.

Para viabilizar a participação das comunidades dos diferentes bairros no OD, a cidade de João Pessoa foi dividida em 14 (quatorze) regiões orçamentárias, como se pode observar na Figura 01 e na Tabela 06. Com o objetivo de identificar e facilitar o atendimento às demandas, essas regiões são referências para a delimitação do espaço geográfico com vistas à participação e à formulação das demandas por ocasião das plenárias. Cada região possui um articulador regional, que faz a mobilização para a realização das etapas do Ciclo do Orçamento Democrático.

Figura 01 - Mapa das regiões do OD de João Pessoa-PB



Fonte: João Pessoa (2010, p. 2)

Tabela 06 – Regiões Orçamentárias do OD da cidade de João Pessoa por bairros e população

RO	Bairros	nº. de habitantes	%
1ª	Manaira	19.289	35,9
	Jardim Oceania	10.015	18,6
	São José	7.923	14,7
	Bessa	7.111	13,2
	Brisamar	4.148	7,7
	Aeroclube	4.057	7,5
	João Agripino	1.206	2,2
	Sub-total	53.749	9,0
2ª	Tambau	6.782	35,6
	Cabo Branco	5.432	28,6
	Altiplano Cabo Branco	4.151	21,6
	Portal do Sol	1.510	7,9
	Penha	773	4,1
	Ponta do Seixas	383	2,2
	Sub-total	19.038	3,2
3ª	Mangabeira	67.398	99,1
	Costa do Sul	609	0,9
	Sub-total	68.007	11,4
4ª	Valentina	22.306	57,2
	Paratibe	8.132	20,9
	Muçumagro	4.882	12,5
	Planalto da Boa Esperança	3.318	8,5
	Barra de Gramame	357	0,9
	Sub-total	38.997	6,5
5ª	Funcionários	16.222	20,6
	Ernesto Geisel	12.049	15,3
	João Paulo II	9.912	12,6
	Costa e Silva	9.245	11,7
	José Américo	8.776	11,1
	Ernani Sátiro	8.447	10,7
	Grotão	5.784	7,3
	Guia	3.418	4,3
	Água Fria	3.069	3,9
	Cidade dos Calibris	1.802	2,3
	Sub-total	78.724	13,2
6ª	Jardim Veneza	12.494	55,8
	Bairro da Indústrias	7.755	34,6
	Distrito Industrial	1.675	7,5
	Mumbaba	463	2,1
	Mussaré	18	0,1
	Sub-total	22.405	3,7
7ª	Cristo Redentor	37.170	54,1
	Varjão	17.216	25,0
	Jaguaribe	14.368	20,9
	Sub-total	68.754	11,5
8ª	Oitizeiro	31.028	54,4
	Cruz das Armas	25.994	45,6
	Sub-total	57.022	9,5
9ª	Alto do Mateus	16.898	47,2
	Trincheiras	8.399	23,5
	Ilha do Bispo	6.386	17,8
	Varadouro	4.121	11,5
	Sub-total	35.804	6,0
10ª	Roger	9.421	48,5
	Tambiá	2.172	11,2

	Treze de Maio	7.850	40,4
	Sub-total	19.443	3,3
11 ^a	Alto do Céu	14.981	27,7
	Mandacaru	12.776	23,6
	Bairro dos Estados	8.726	16,1
	Bairro dos Ipês	7.874	14,5
	Cidade Padre Zé	7.053	13,0
	Pedro Gondim	2.739	5,1
	Sub-total	54.149	9,1
12 ^a	Gramame	6.288	100
	Sub-total	6.288	1,1
13 ^a	Torre	17.062	46,2
	Miramar	6.986	18,9
	Centro	4.998	13,5
	Tambauzinho	4.466	12,1
	Expedicionários	3.384	9,2
	Sub-total	36.896	6,2
14 ^a	Castelo Branco	12.850	35,0
	Jardim Cidade Universitária	11.476	31,2
	Bancários	8.767	23,8
	Jardim São Paulo	2.543	6,9
	Anatólia	1.126	3,1
	Sub-total	36.762	6,1
	Mata do Buraquinho	1.896	100
	Sub-total	1.896	0,3
Total		597.934	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

A Tabela 06 demonstra uma variação populacional na formação das regiões orçamentárias do OD, tendo a 5^a região como a mais populosa (78.724 mil habitantes), composta por 10 bairros, e a 12^a região, a menos populosa (6.288 mil habitantes), com apenas um bairro.

4.2.2 Estrutura Institucional e dinâmica de funcionamento

A estrutura institucional que dá sustentação à participação popular na gestão urbana do município de João Pessoa conta com uma Coordenadoria, ligada inicialmente à Secretaria de Transparência Pública (SETRANS) e, recentemente, o OD ganhou status de Secretaria Executiva¹¹.

A coordenadoria do OD já foi assumida por três coordenadores. 1) no período de 2005 a 2008 o cargo foi ocupado por Sandra Marrocos, que depois, em 2008, se

¹¹ No dia 9 de setembro de 2011, o coordenador do OD, Carlos Tibério Limeira Santos, foi empossado pelo prefeito Luciano Agra, como Secretário Executivo do OD.

elegeu vereadora; 2) de 2008 a outubro de 2010, o cargo foi assumido por Ana Paula de Souza Almeida, que atualmente assume a coordenação do OD em nível estadual; e, 3) de outubro de 2010 até hoje Carlos Tibério Limeira Santos se encontra à frente da coordenação do OD.

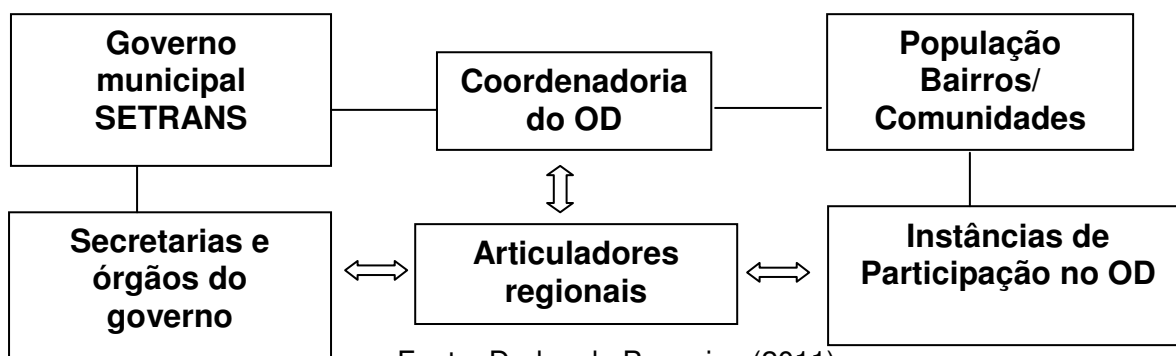
Assim, a coordenadoria do OD é definida como um espaço de compartilhamento de poder entre o Governo Municipal e a sociedade, promovendo a participação direta dos cidadãos no processo de elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas de gestão. Esse órgão é responsável pela definição da metodologia do OD, pela análise das demandas definidas nas plenárias e pela articulação entre a população e as secretarias municipais.

Assim, a dinâmica de funcionamento do OD está inscrita no seu Regimento Geral e é considerada flexível, ou seja, a cada ano, mas especificamente, no momento de assembleia geral dos delegados o Regimento Geral, pode ser alterado de acordo com a necessidade por mudanças no processo e na sua metodologia.

Dentro da estrutura do OD, a coordenadoria conta com uma equipe técnica composta por um coordenador, um assessor especial, um consultor técnico, cinco assessores técnicos, uma secretaria de comunicação, uma chefia de divisão de pesquisas e divulgação, uma chefia de reclamações, consultas e sugestões, um assistente de gabinete e quatro motoristas, os quais dão o suporte ao trabalho burocrático e político desse órgão e um grupo de articuladores regionais.

Os articuladores das regiões, conhecidos também como chefes regionais, assumem o papel de monitorar o processo de discussão orçamentária, garantindo o debate democrático e prestando esclarecimentos à população quanto ao funcionamento do OD. Cada região orçamentária conta com um articulador regional, pagos pelo governo, que fazem a mediação entre a população e o governo municipal. Esses articuladores não precisam, necessariamente, residir na região que articulam, apenas precisam conhecer bem a região.

Figura 02 - Estrutura institucional do OD de João Pessoa



Fonte: Dados da Pesquisa (2011)

O Orçamento Democrático de João Pessoa segue a mesma dinâmica da maioria de experiências de OP no Brasil, ou seja, parte de uma discussão ampla nas instâncias mais próximas da população – reuniões preparatórias ou audiências regionais –, momento em que prevalece a participação direta da população com a apresentação de suas demandas, necessidades e preferências.

No momento seguinte, a população passa a delegar o direito de participação a um grupo de pessoas (conselheiros regionais), homens e mulheres, moradores das respectivas regiões para representá-la no momento de tomada de decisões e priorização das demandas apresentadas nas etapas anteriores. Com isso, entra em cena a representação delegativa, em que são eleitos delegados(as), com mandatos de dois anos, para representar os interesses de cada região. Assim sendo, nota-se uma mescla de elementos da democracia participativa com elementos da democracia representativa, ou seja, o que Santos (2002) chama de complementaridade da democracia.

A eleição dos delegados(as), ocorre a cada dois anos, na etapa intitulada assembleias populares regionais; é normatizada pelo Regimento Geral do OD (JOÃO PESSOA, 2005a), que coloca, como critério, o número de participantes inscritos em cada plenária regional (assembleia), veja-se a proporcionalidade:

Tabela 07 - Proporcionalidade para a eleição de delegados por região

Número de participantes	Proporção	Número de delegados
0 – 300	1 delegado para 15 participantes	30
301 – 500	1 delegado para 20 participantes	34
501 – 800	1 delegado para 25 participantes	40
801 – 1.100	1 delegado para 30 participantes	44
1.101 – 1.500	1 delegado para 35 participantes	50
Mais de 1.500	-	70

Fonte: João Pessoa (2005a)

A instância que se instaura a seguir é o Conselho do Orçamento Democrático (COD). A eleição dos conselheiros ocorre na assembleia geral dos delegados do OD, normalmente realizada entre os meses de julho ou agosto, e que, logo após a eleição, empossa os conselheiros. Cada região se reúne e, mediante a apresentação de candidaturas ao cargo de conselheiro regional, elege um titular e um suplente para compor o conselho (quatorze titulares e quatorze suplentes).

A metodologia que dá suporte à participação da população e aproxima essa população dos órgãos do governo e das decisões referentes ao orçamento municipal segue uma dinâmica anual que se desenvolve a partir de etapas. No geral, o ciclo é composto por cinco ou seis etapas, todas conduzidas pela coordenadoria do OD:

- 1º Audiências populares** – objetiva fazer a abertura do processo de participação através da apresentação, à população, do calendário do ciclo anual e do processo de identificação das necessidades locais. Participam, desse momento, o prefeito e a população moradora das regiões. Esta é uma etapa do processo em que ocorre a participação direta da população;
- 2º Reuniões regionais/planejamento com conselheiros e delegados** – objetiva formar e apresentar as comissões de fiscalização de obras e serviços e as prioridades eleitas para cada região no ano em curso. Conta com a participação da população moradora das regiões;
- 3º Assembleias populares** – apresentam o resultado detalhado das obras e serviços definidos. Tem a função de eleger as prioridades para a elaboração da LOA, eleger os delegados (a cada 2 anos) e renovar, a cada ano, um 1/3 dos delegados;
- 4º Assembleia geral dos delegados** – tem o objetivo de apresentar as prioridades eleitas por cada região, para a LOA e prestar contas das obras iniciadas, previstas e realizadas no ano;
- 5º Audiências regionais setoriais** – têm a função de apresentar as obras e serviços de cada Secretaria para cada ano, promover a interlocução direta da população, dos delegados e conselheiros com o Secretariado Municipal das pastas relacionadas às demandas priorizadas; e
- 6º Avaliação e planejamento do OD/criação e renovação do conselho do OD** – tem o propósito de avaliar as ações do OD previstas e realizadas em cada ano e planeja o ciclo para o ano seguinte. Veja-se o detalhamento do ciclo anual do OD de João Pessoa na Tabela 08.

Tabela 08 - Ciclo anual do Orçamento Democrático de João Pessoa

Etapas	Período	Objetivo	Abrangência	Participantes
1ª Audiências populares	Janeiro/fevereiro	Avaliar o ano anterior; mobilizar e organizar a população em torno da elaboração da LDO de cada ano; levantamento das prioridades para o ano; divulgar a etapa seguinte;	Bairros e comunidades	Prefeito; Coordenadoria do OD; População moradora de cada região;
2ª Reuniões regionais/ planejamento com conselheiros e delegados	Março/abril	Apresentar as comissões de fiscalização de obras e serviços e as prioridades eleitas para cada região no ano em curso e o calendário do OD;	Região	Coordenadoria do OD; População moradora de cada região;
3ª Assembleias populares	Abril/maio	Apresentar o resultado detalhado das obras e serviços definidos; Eleger as obras a serem realizadas em cada região, de acordo com as prioridades da LDO, para elaboração da LOA; Eleger 1/3 dos (as) Delegados (as); Divulgar o calendário da Assembleia Geral;	Região	Coordenadoria do OD; População moradora de cada região;
4ª Assembleia geral dos delegados	Junho	Apresentar as prioridades eleitas por cada região, para LOA; Prestar contas das obras iniciadas, previstas e realizadas no ano; Divulgar o calendário das próximas atividades do ciclo;	Município	Prefeito; Coordenadoria do OD; Secretários municipais; Delegados regionais; Conselheiros;
5ª Audiências setoriais	Agosto/setembro	Apresentar as obras e serviços de cada Secretaria para cada ano; Promover a interlocução direta da população, Delegados (as) e Conselheiros (as) com o secretariado;	Região	Coordenadoria do OD; Delegados; Conselheiros; Secretários Municipais;
6ª Avaliação e planejamento do OD; criação/renovação do conselho do OD	Novembro/Dezembro	Avaliar as ações do OD e planejar o ano seguinte.	Município	Coordenadoria do OD; Delegados; Conselheiros.

Fonte: João Pessoa (2005a; 2006; 2007a; 2008; 2009; 2010).

O ciclo anual do OD foi sendo modificado ao longo dos anos, quer por necessidades metodológicas, quer por alterações propostas, pela coordenadoria do OD, no decorrer do processo de participação. Esse é um aspecto comum aos OPs como um todo. Pelo fato de envolver um número grande de participantes nas instâncias de participação, há uma flexibilidade de mudança das “regras do jogo”. Essas mudanças, geralmente, ocorrem no momento de formatação ou revisão do Regulamento Geral do OD que se efetiva todos os anos.

Outro fator que se agrega às alterações das etapas do OD de João Pessoa é que a eleição dos delegados e conselheiros só acontece a cada dois anos, o que justifica a “ausência” das assembleias populares em alguns ciclos anuais, como é o caso do ano de 2008. A Tabela 09 resume as etapas do ciclo por ano.

Tabela 09 - Etapas do ciclo do OD por ano

Ano	Etapas
2005	1) Reuniões regionais; 2) Assembleias populares regionais; 3) Assembleia geral dos delegados(as); 4) Audiências públicas setoriais; 5) Conselho do OD;
2006	1) Audiências regionais; 2) reuniões regionais; 3) Assembleias populares regionais; 4) Assembleia geral dos delegados(as); 5) audiências setoriais;
2007	1) Reuniões regionais; 2) assembleias populares regionais; 3) Assembleia geral dos delegados(as); 4) audiências setoriais; 5) Avaliação e planejamento do ciclo do OD;
2008	1) Reuniões regionais; 2) Assembleia geral dos delegados(as); 3) audiências setoriais; 4) Avaliação e planejamento do ciclo do OD;
2009	1) Audiências regionais; 2) assembleias populares regionais; 3) Assembleia geral dos delegados(as); 4) audiências setoriais; 5) Avaliação e planejamento do ciclo do OD;
2010	1) audiências regionais; 2) Planejamento democrático com os conselheiros(as); 3) Planejamento democrático com os delegados(as); 4) Assembleia geral dos delegados(as); 5) audiências setoriais; 6) Avaliação e planejamento do ciclo do OD;

Fonte: João Pessoa (2005a; 2006; 2007a; 2008; 2009; 2010).

A variação que há no ciclo anual ao longo dos anos, ao que parece, não reflete uma diminuição da participação da população, pois, mesmo com as alterações realizadas, cada ciclo anual garante a realização de encontros nos bairros, com a participação direta da população nas regiões, dos delegados e conselheiros, no município – realização da assembleia geral dos delegados, reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho municipal do OD, plenárias temáticas¹² (introduzidas recentemente) e a entrega da proposta da LOA à Câmara dos Vereadores.

4.2.3 O Conselho do Orçamento Democrático

O Conselho do Orçamento Democrático é uma instância pública não-estatal, criado em 16 de julho de 2005, na assembleia geral dos delegados do OD. Atualmente é normatizado pela Lei n. 11.903/2010, que institucionaliza o Orçamento Democrático, e pelo seu Regimento Interno.

O COD é composto por 36 conselheiros, sendo 28 Conselheiros (14 titulares e 14 suplentes) representantes das regiões orçamentárias do OD, 06 representantes indicados pelo Poder Executivo (3 titulares e 3 suplentes) e 02 representantes do Legislativo Municipal (1 titular e 1 suplente). O objetivo principal do COD é a defesa das decisões tomadas pela população e pelos delegados no decorrer do processo participativo anterior, principalmente, no que se refere à elaboração, implementação e fiscalização das ações e obras demandadas e priorizadas pelo OD.

As principais atribuições do Conselho do OD são: 1) consolidar o plano de investimento de acordo com as obras e serviços eleitos nas assembleias populares regionais, assembleia geral de delegados e nas audiências públicas; 2) acompanhar o processo de consolidação da LDO e da LOA; 3) analisar e aprovar a LDO e a LOA do Executivo para o exercício seguinte; e 4) acompanhar a aprovação da LDO e LOA na Câmara Municipal.

¹² Na verdade, três plenárias temáticas (Mulher, Mobilidade no Trânsito e Meio Ambiente) foram programadas para o ciclo de 2011, mas não chegaram a acontecer. A proposta dessas plenárias não é retirar delegados: elas apenas pretendem abrir uma discussão sobre temas particulares.

No que se refere à infraestrutura para o funcionamento do COD observou-se que ele não tem uma sede própria, funciona nas dependências da coordenadoria do OD e não tem um espaço próprio para a realização das reuniões programadas, que acontecem, atualmente, no Paço Municipal. Existe uma secretaria executiva cuja função é elaborar as atas do conselho e encaminhar as decisões tomadas pelos conselheiros aos órgãos competentes.

Para o bom desempenho institucional de qualquer conselho necessária é a existência de um Regimento Interno que normatize o seu funcionamento. O Regimento Interno do conselho do OD foi aprovado no dia 02 de julho de 2005 (Anexo B), momento em que foi realizada a primeira capacitação com os conselheiros. O referido regimento contém cinco capítulos e 19 artigos. O primeiro capítulo apresenta as atribuições do conselho, o segundo, versa sobre a composição dele, o terceiro apresenta a sua organização. O quarto, expõe as regras para a eleição do conselho e o quinto capítulo, expõe as normas acerca do mandato dos conselheiros, as quais restaram distribuídas em direitos, deveres, atribuições e exclusões.

A organização do COD depende da existência de uma coordenação executiva, secretaria executiva, grupos de trabalho, comissões e reuniões. A coordenação executiva é composta por dois membros indicados pelo governo e dois membros indicados pelos conselheiros regionais e a secretaria executiva. Essa coordenação tem a função de programar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como encaminhar, ao Executivo, as deliberações do COD.

A secretaria executiva fornece a infraestrutura para o funcionamento do COD, secretaria as reuniões do COD registrando-as em atas, disponibiliza as atas e deliberações do COD aos conselheiros e a toda a sociedade além de realizar o controle da frequência das reuniões.

Os grupos de trabalho do COD são formados por conselheiros escolhidos para um mandato de um ano e têm um caráter permanente no trato de temas prioritários. Sua função é discutir, estudar e analisar a viabilidade técnica das demandas das regiões, bem como propor alternativas no sentido de viabilizar as demandas priorizadas no processo do OD.

Outra instância da organização do COD são as comissões regionais de fiscalização e acompanhamento de obras e serviços. Essas comissões são formadas com um caráter temporário, de acordo com as discussões em torno das

demandas com a finalidade de reunir informações necessárias ao acompanhamento das obras e serviços, informar o COD, os delegados e à população acerca do andamento das obras e serviços e convocar outros conselhos e órgãos do governo para prestar esclarecimentos sobre as temáticas centrais discutidas no OD, quando necessário.

A dinâmica de funcionamento do conselho está descrita no Regimento Interno do conselho, o qual prioriza a realização de reuniões. *A priori*, as reuniões eram realizadas quinzenalmente, nas quartas-feiras, sempre às 17 horas, podendo ser iniciadas mediante a identificação do *quorum* mínimo de 50% mais um conselheiro e as deliberações eram tomadas por maioria simples. O sistema de votação adotado pelo conselho é nominal e cada conselheiro titular tem direito a um voto. Atualmente, as reuniões são realizadas mensalmente, nas terças quintas-feiras, sempre às 18 horas, no Paço Municipal. Vale lembrar que reuniões extraordinárias podem ser convocadas a qualquer momento.

Os conselheiros do OD são avisados, antecipadamente, das reuniões, ou seja, há um calendário, previamente elaborado, das reuniões e a página web do Orçamento Democrático digital disponibiliza o chamamento à toda a população para a participação nas reuniões. Assim sendo, as reuniões do COD são abertas a toda a sociedade, entretanto, a participação que se efetiva nessa instância é dos conselheiros municipais.

As atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do COD são elaboradas pela secretária executiva e lidas nas reuniões seguintes quando são postas para apreciação e aprovação dos conselheiros municipais.

Considerando que todo conselheiro é também um delegado – pelo menos a grande maioria que é originária das regiões orçamentárias –, acredita-se que é necessário apresentar uma tabela que diferencie esses dois sujeitos participativos do processo do OD. Foi tomado, como referência para elaboração da Tabela 10, o Regulamento Geral do OD e o Regimento Interno do COD.

Tabela 10 - Diferenciação entre conselheiros regionais e conselheiros municipais

Função	Conselheiros Regionais	Conselheiros Municipais
Atribuições	Formar comissões de acompanhamento de obras na região; reunir-se com a comunidade para avaliar e informar sobre o andamento das obras e serviços; manter a comunidade mobilizada em torno do OD; acompanhar e contribuir para a aprovação do OD na Câmara de Vereadores; reunir os conselheiros para receber o repasse das informações do COD;	Discutir, analisar e fiscalizar o Plano de Investimento; acompanhar e fiscalizar obras, serviços e ações setoriais por toda cidade; acompanhar e contribuir para a aprovação do OD na Câmara de Vereadores;
Eleição	Pode-se candidatar: morador da região, com mais de 16 anos, inscrito na assembleia popular regional. Proporcionalidade.	Pode se candidatar: delegados e só quem pode votar são os delegados;
Mandato	2 anos. Em caso de desistência é realizada nova eleição; pode haver uma renovação de 1/3, caso a assembleia regional julgue necessário.	2 anos. Em caso de desistência, é realizada nova eleição;
Penalidades		Será excluído do COD o conselheiro que descumprir o regimento do OD e do COD, e que se ausentar, sem justificativa, de três reuniões consecutivas e cinco alternadas.
Impedimentos	Não pode ser delegado titular e suplente os detentores de mandato no legislativo e no executivo, nem funcionários da prefeitura de João Pessoa.	Não pode ser conselheiro os fornecedores ou prestadores de serviço da prefeitura de João Pessoa.

Fonte: João Pessoa (2005a; 2005b)

Os conselheiros municipais do OD, durante todo o seu mandato, realizam um trabalho permanente de consulta e discussão com as suas comunidades, informando-lhes acerca do andamento das discussões no Conselho e encaminhando, às reuniões do Conselho, as propostas e questões levantadas por suas regiões.

Os conselheiros municipais do OD, assim como os conselheiros regionais do OD, “exercem uma função honorífica, de reconhecida utilidade pública, não sendo permitida a percepção de qualquer remuneração relacionada ao exercício da função” (PARAÍBA, 2010, p. 3).

4.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

No tocante aos conselhos de políticas e programas existentes na cidade de João Pessoa há uma distribuição temática e que é institucionalmente organizada por secretarias. De acordo com o balanço das ações do governo (JOÃO PESSOA, 2008), a gestão que se inicia em 2005 é inovadora nesse sentido, pois inaugura alguns conselhos: o de Segurança Pública e Direitos Humanos e o de Transparência Pública e Combate à Corrupção; são reativados outros: o dos Direitos das Mulheres; o do Trabalho, Emprego e Renda; e o de Segurança Alimentar. Outros conselhos estavam em fase de implementação em 2008, a saber: o de Juventude; o de Pessoas com Deficiências; o de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT); e o do Carnaval.

Além desses, outros já funcionavam na cidade: o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Educação, 05 conselhos tutelares, o Conselho de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Municipal do Idoso, o Conselho Municipal de Assistência Social, o Conselho do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, O Conselho de Defesa do Consumidor, o Conselho Anti-drogas, o Conselho de Turismo e o Conselho do Meio Ambiente.

Vale ressaltar que muitos outros conselhos, como já fora mencionado, previstos na Lei Orgânica Municipal, não foram identificados em funcionamento no município.

Destes conselhos destacou-se o Conselho Municipal de Saúde que possibilita a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para as diversas prioridades, caracterizando-se como efetivo controle social da saúde.

A implantação dos conselhos de políticas no Brasil foi iniciada, na década de 90, na área de saúde, posteriormente para as outras áreas (Criança e Adolescente e Assistência Social). Assim, a institucionalização da participação através de conselhos vem sendo considerada, pela literatura atual, como um importante mecanismo que se designa como mecanismo da democracia deliberativa ou democracia associativa (ANDRADE, 2009).

Em consonância com o que coloca a Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/1990 e a Lei Orgânica Municipal/1990, o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa foi fundado no dia 15 de novembro de 1990 e funcionou sem nenhuma normatização

até o ano de 1993 quando foi assinado, pelo prefeito Francisco Xavier Monteiro da Franca, o Decreto Municipal n. 2.522, que dispõe sobre a composição do CMS de João Pessoa.

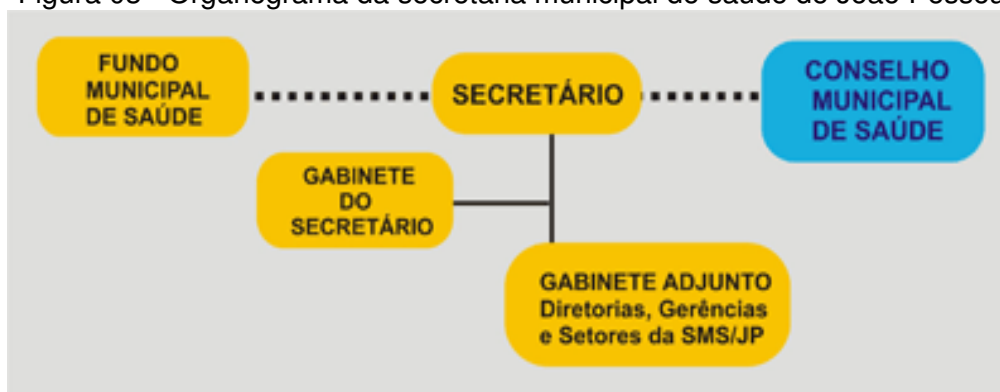
Apenas em 31 de outubro de 1997 foi aprovada, pela Câmara Municipal, a Lei Municipal n. 8.301/97, que fora revista em 2007. Atualmente, o CMS, é regido pela Lei n. 11.089, de 12 julho de 2007, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, define sua composição e atribuições, regulamenta as convocatórias para as Conferências Municipais de Saúde do Município e revoga a Lei Municipal n. 8.301/97 (JOÃO PESSOA, 2007b). De acordo com a Lei n. 1.089,

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único da Saúde (SUS), no âmbito municipal, que tem por competência formular estratégias e controlar a execução da Política de Saúde do Município de João Pessoa inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (JOÃO PESSOA, 2007b, p. 1).

A partir de 2007, o CMS assume a incumbência de convocar, organizar e realizar, a cada quatro anos, a Conferência Municipal de Saúde, cuja convocação era realizada pelo prefeito. Com isso, os conselheiros de saúde passaram a ser membros natos da Conferência Municipal de Saúde (JOÃO PESSOA, 2007b).

O CMS se encontra no mesmo nível do Secretário Municipal da Saúde, com orçamento próprio, conforme organograma abaixo, constituindo-se num órgão fiscalizador da gestão da saúde.

Figura 03 - Organograma da secretaria municipal de saúde de João Pessoa



Fonte: João Pessoa (2007b)

O Conselho de saúde (nos três níveis de governo) tem as suas competências definidas nas leis federais e reafirmadas no Regimento Interno do CMS-JP (Anexo C). Não serão citadas todas, posto que, das 32 competências do conselho, foram escolhidas apenas algumas aleatoriamente (JOÃO PESSOA, 2007b):

- a) Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde;
- b) Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;
- c) Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- d) Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;
- e) Definir diretrizes para a elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- f) Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente dentre outros;
- g) Proceder à revisão periódica dos planos de saúde; dentre outras.

O funcionamento geral do CMS-JP segue as orientações e determinações do seu Regimento Interno. Tal documento foi elaborado, em 1997, e revisado pelo plenário do conselho no ano de 2007, e sua revisão foi homologada pelo prefeito, Ricardo Coutinho, no dia 22 de novembro de 2007.

O Regimento Interno do CMS-JP está organizado em um título único, sete capítulos e 56 artigos, assim distribuídos: Capítulo I – Instituição do CMS; Capítulo II – Composição; Capítulo III – Objetivos e Competências; Capítulo IV – Organização e Funcionamento; Capítulo V – Comissões e Grupos de Trabalho; Capítulo VI – Atribuições dos Órgãos (Secretaria Executiva e Mesa Diretora); Capítulo VII – Disposições Gerais e Finais.

A sua composição é paritária e conta com três representantes de Governos (um de cada nível de governo), três representantes de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde (instituições formadoras, entidades filantrópicas contratadas com o SUS e entidades privadas contratadas com o SUS), seis representantes de Trabalhadores de Saúde e doze representantes de Usuários do SUS.

Os conselheiros titulares e suplentes (Apêndice C) devem desempenhar as mesmas atribuições, quais sejam: comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias; relatar, no prazo regimental, o processo que lhes for destinado, proferindo parecer ou voto; representar o conselho quando designados pela plenária; apresentar projetos de resoluções e formular moções ou proposições no âmbito da competência do conselho; solicitar diligências em processos; além de apreciar e votar os assuntos submetidos ao conselho.

Vale lembrar que os conselheiros de saúde não recebem remuneração para desempenhar a função, o fazem de forma voluntária, em defesa da política de saúde e de melhoria nas condições de saúde para a população em geral e para os usuários das entidades que representam.

O CMS-JP possui a seguinte organização: Plenário (Reunião com maioria do Conselho); Secretaria Executiva e de Apoio Administrativo (SEAA); Comissões Permanentes e Grupos de Trabalho (constituídas para atividades específicas).

De acordo com o Regimento Interno do CMS-JP o órgão máximo de deliberação do conselho é o Plenário do conselho, cujas reuniões devem contar com a presença de metade mais um do total dos conselheiros. O plenário do conselho se reúne, ordinariamente, uma vez por mês (11 reuniões por ano, pois o mês de janeiro é recesso do conselho) na primeira quinta-feira e extraordinariamente sempre que for necessário e deliberado pelo plenário. O tempo regimental das reuniões vai das 14h às 17h30min.

A secretaria executiva tem a incumbência de organizar todo o processo de preparação, condução e registro das reuniões do CMS. No período de preparação das reuniões, a secretaria executiva faz a organização da pauta que será disponibilizada juntamente com a documentação referente às matérias a serem discutidas nas reuniões, com um prazo de dois dias de antecedência, aos conselheiros titulares e suplentes.

A estrutura de funcionamento do CMS é fortalecida pela criação de comissões e grupos de trabalho que são formadas por conselheiros que assumem a responsabilidade pelo estudo e defesa de relatórios e pareceres a respeito das matérias que chegam ao conselho para discussão. Cada comissão e grupo de trabalho é composto por cinco ou três conselheiros, que podem participar de, no máximo, duas comissões.

O capítulo seguinte apresenta os resultados da pesquisa através de uma análise comparativa entre o OD e o CMS de João Pessoa.

5 DUAS INSTITUIÇÕES PARTICIPATIVAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO E O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

A democracia é um processo de decisão.
(Paul Hirst)

Neste capítulo faremos uma análise comparativa entre duas instituições participativas criadas, após a Constituição Federal de 1988, em várias cidades brasileiras dentro de uma nova lógica de gestão democrática das cidades: o Orçamento Democrático e o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa. A comparação se estruturará a partir da distinção do perfil dos participantes de cada instituição analisada, da evolução diferenciada dessas instituições e de seis eixos de análises (grau de institucionalização; formato institucional e natureza; participação; representação; deliberação e impacto distributivo).

O OD surge em João Pessoa como resultado de uma proposta de campanha do prefeito Ricardo Coutinho (PSB) eleito em 2004. Logo após assumir a prefeitura municipal, em janeiro de 2005, foi criado o OD como uma forma de aproximação entre o governo municipal e a população. Com isso, instaura-se, na cidade, uma nova prática no trato das questões orçamentárias do município, questões essas anteriormente destinadas, apenas, aos técnicos das secretárias municipais. Vale lembrar que o OD é implantado mediante “vontade política” do governo municipal, apesar de ter sido institucionalizado em 2010 através da Lei Municipal n. 11.903, de 29 de março de 2010, de modo que não se rege por lei federal. Dessa forma, está sujeito a interrupções e descontinuidades, o que não apresenta-se como uma singularidade do município de João Pessoa, uma vez que inexiste essa regulação no âmbito nacional. Atualmente, não se tem como aferir a eficácia da lei que institucionaliza o OD de João Pessoa, posto que tal aferição só será efetivada *a posteriori*, quando, então, tiver fim a gestão atual e caso venha a ser derrotada nas eleições de 2012.

A outra instituição a ser analisada é o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, órgão criado, imediatamente, após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, a qual regulamenta a criação de conselhos de Saúde nos três níveis de governo.

O Conselho de Saúde de João Pessoa atinge, assim, a sua maioria e, depois de passar por várias reformulações em seu regimento, encontra-se consolidado como prática de controle social da política de saúde que fiscaliza e delibera acerca das principais temáticas referentes à saúde do município. Assim, o Conselho de Saúde de João Pessoa assegura a participação de entidades representativas de prestadores de serviço, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, bem como de representantes do governo nas esferas federal, estadual e municipal.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Nesta seção, tentar-se-á montar o retrato daqueles que participam do OD e do CMS de João Pessoa, mediante uma análise exclusiva dos aspectos sócio-econômicos que traçam o perfil desses participantes. Nesse sentido, partimos da hipótese de que há diferenças significativas no perfil dos participantes das duas instituições, principalmente, no que se refere aos fatores renda individual e escolaridade.

A montagem do perfil dos delegados do OD de João Pessoa é resultado de um levantamento feito na Assembléia Geral dos Delegados do OD em agosto de 2011 no auditório do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Nesse dia foi aprovada, pela plenária, a mudança na nomenclatura de delegado regional passando a ser chamado, a partir de então, de conselheiros regionais.

Na ocasião, foi aplicado um formulário aos delegados(as) das regiões orçamentárias, no entanto, nem todas as regiões o responderam. Ao todo, a equipe da coordenação do OD, com a colaboração da presente autora, conseguiu aplicar 97 formulários com os delegados do OD de um universo de 338 (trezentos e trinta e oito) conselheiros regionais.

Quanto ao perfil dos conselheiros de saúde de João Pessoa, este foi elaborado a partir de dados da pesquisa de Iniciação Científica coordenada pelo Professor Dr. Gustavo Tavares, a qual está vinculada ao Grupo de Pesquisa em História e Regionalização (GRUPHIR) da Universidade Federal da Paraíba e que, muito gentilmente, cedeu os dados referentes ao perfil. Além disso, foram colhidas

informações nas atas do CMS e em conversas com a equipe que trabalha na sede do CMS de João Pessoa.

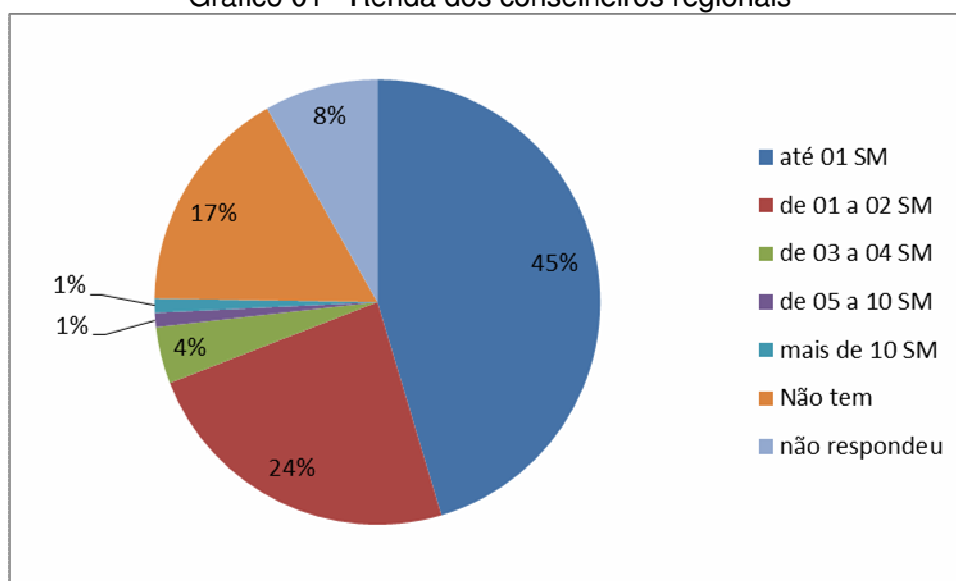
5.1.1 Conselheiros regionais do Orçamento Democrático

O perfil sócio-econômico dos integrantes do Orçamento Democrático de João Pessoa que foi elaborado a partir da aplicação de 97 formulários com os conselheiros regionais (87 são titulares e 10 são suplentes) do OD revela, conforme dados colhidos em agosto de 2011, um público constituído de forma paritária por homens e mulheres. Há uma predominância de pessoas da cor/etnia negra (37,1%), seguido de moreno (15,5%) e pardo (16,5%). Apenas 25,8% afirmaram pertencer à raça/etnia branca, 1% ser mestiço e 4% não responderam a esta questão.

Os dados referentes à renda individual, escolaridade, profissões e situação de emprego dos conselheiros regionais do OD confirmam o que os analistas do Orçamento Participativo defendem, desde a origem dessas experiências no país, com relação à tendência de que a grande maioria dos que participam das discussões do orçamento municipal pertence às camadas “populares” e às camadas médias assalariadas da cidade (FEDOZZI, 2001).

A renda da maioria dos conselheiros regionais é de até 1 salário mínimo (45%); 24% têm uma renda equivalente a 1 até 2 salários mínimos, de 3 a 4 salários mínimos encontram-se apenas 4%, de 5 a 10 salários mínimos e acima de 10 salários mínimos apenas 1% respectivamente, e 17% declararam que não têm renda alguma. Além disso, 8% não responderam a essa questão.

Gráfico 01 - Renda dos conselheiros regionais



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Assim, a maioria dos conselheiros regionais vive com até dois salários mínimos, o que confirma a suposição de que o perfil dos membros do OD é integrado por pessoas de baixa renda. Cabe salientar, no entanto, que a renda média revelada é, seguramente, superior à da população de João Pessoa a qual, segundo o Mapa da pobreza e desigualdade (IBGE, 2003), conta com mais de 50% da população com incidência de pobreza. Essa situação é confirmada pelos dados da Topografia da cidade de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2009a) que especificam, por região, os números de pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). As regiões 3^a, 5^a e 7^a aparecem com o maior número de pessoas beneficiadas pelo PBF no município, de um total de mais de 30.000 (trinta) mil beneficiados. A Tabela 11 detalha os números de beneficiados do PBF por regiões orçamentárias.

Tabela 11 – Beneficiados do Programa Bolsa Família do município de João Pessoa

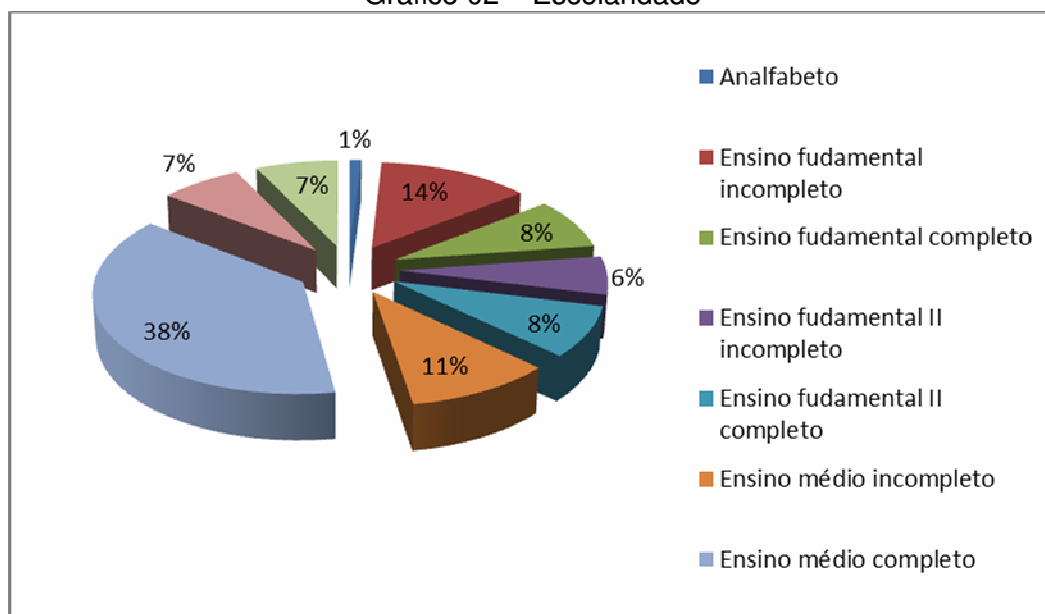
RO	Beneficiados do PBF	%
1 ^a	1.208	3,9
2 ^a	232	0,9
3 ^a	4.744	15,7
4 ^a	2.002	6,6
5 ^a	4.399	14,6
6 ^a	1.545	5,2
7 ^a	4.296	14,3
8 ^a	1.663	5,6
9 ^a	2.691	9
10 ^a	1.235	4,1

11 ^a	3.406	11,3
12 ^a	618	2,1
13 ^a	870	2,9
14 ^a	1.189	3,9
Total	30.096	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

O nível de escolaridade apresentada pelos conselheiros regionais é bastante heterogêneo: 49% têm o ensino médio completo/incompleto, seguido do ensino fundamental I incompleto (14%) e completo (8%), e ensino fundamental II completo (6%) e incompleto (8%). Além disso, 14% declararam ter o ensino superior (completo/incompleto) e apenas 1% é analfabeto.

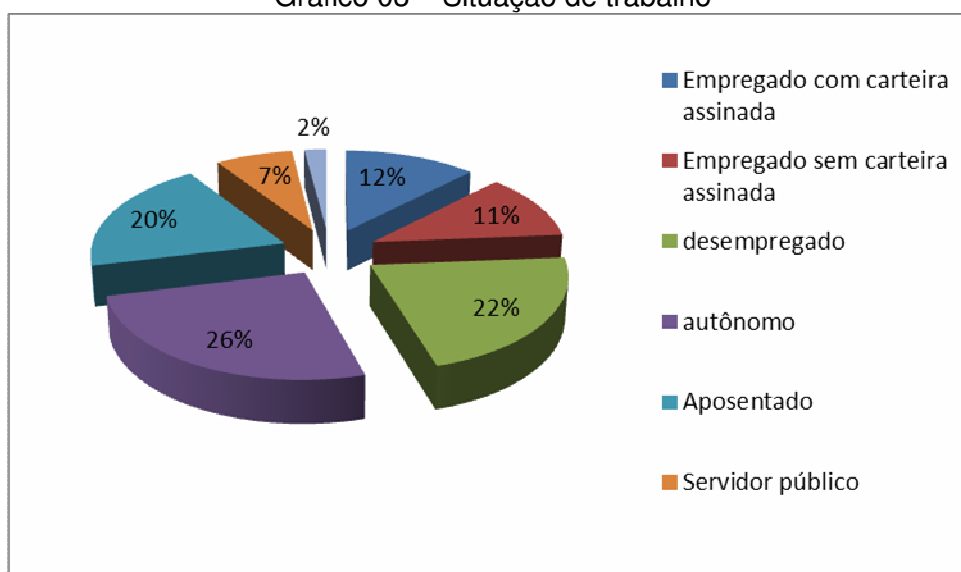
Gráfico 02 – Escolaridade



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

No que se refere às profissões dos conselheiros regionais, há uma heterogeneidade considerável, alguns dos quais são ligados ao setor de serviços, outros ligados à educação (professores de diversos níveis), donas de casa, agricultores e outros. Um fator que chama a atenção quanto à natureza do emprego é o que trata da participação de pessoas com maior flexibilidade no fator “tempo”, como é o caso dos autônomos (26%), dos desempregados (22%) e dos aposentados (20%). Assim, esse grupo (que tem disponibilidade de tempo) comporta mais da metade (68%) dos participantes. Além disso, há um número reduzido de servidores públicos (7%) e 2% não responderam a esta questão.

Gráfico 03 – Situação de trabalho



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

No OD de João Pessoa, a participação por “sexo” é de 49,5% quanto aos homens, e de 50,5% quanto às mulheres; no entanto, há uma tendência de a maioria ser de homens no quadro dos conselheiros regionais do OD fato que se reitera em todos os anos; essa predominância se mantém e, mais que isso, se agrava no quadro de conselheiros do OD (conforme Tabela 12). Acredita-se que essa disparidade na participação de homens e mulheres se deve ao que Fedozzi (2001) já identificara na experiência de porto Alegre: uma tendência à diminuição gradativa da participação das mulheres em instâncias de decisão mais elevadas.

Tabela 12 - Sexo dos conselheiros regionais e municipais do OD por gestão¹³

Gestão	Conselheiros Regionais			Conselheiros Municipais		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
2005-2007	365	172	537	20	08	28
2007-2009	-	-	-	20	08	28
2009-2011	292	162	454	23	11	34

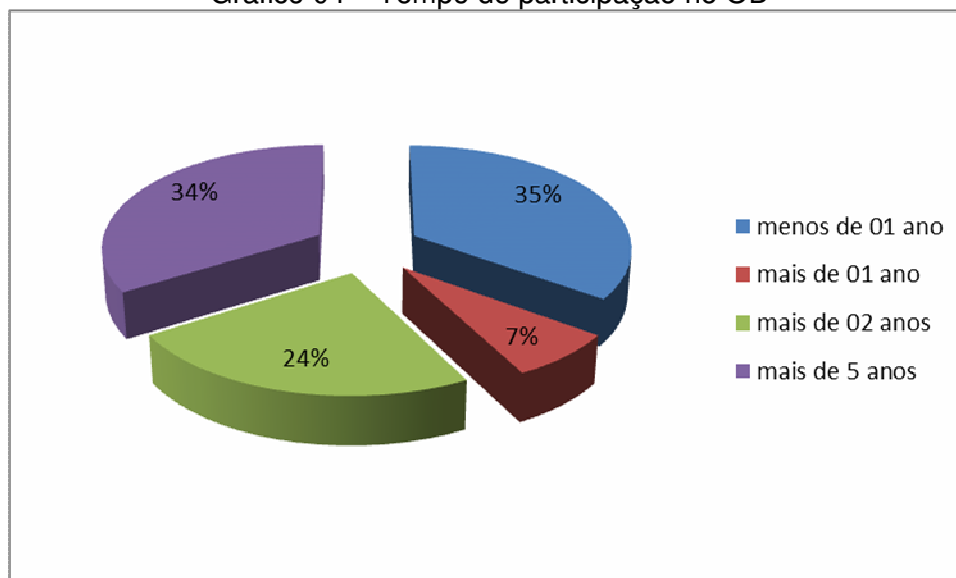
Fonte: João Pessoa (2006; 2007; 2008; 2009; 2010)

No quesito tempo de participação do OD, os conselheiros regionais estão divididos em: 35,1% estão participando do OD pela primeira vez, ou seja, têm menos de 1 ano de participação; 7,2% participam há mais de 1 ano; 23,7% participam por

¹³ Foi considerado, para contagem dos conselheiros municipais, nas gestões 2005-2007 e 2007-2009, apenas os conselheiros advindos das regiões orçamentárias, ficando de fora os conselheiros representantes do Executivo e do Legislativo.

mais de 2 anos; e 34% afirmaram estar no OD por mais de 5 anos, ou seja, estão no OD desde a sua origem em 2005.

Gráfico 04 – Tempo de participação no OD



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

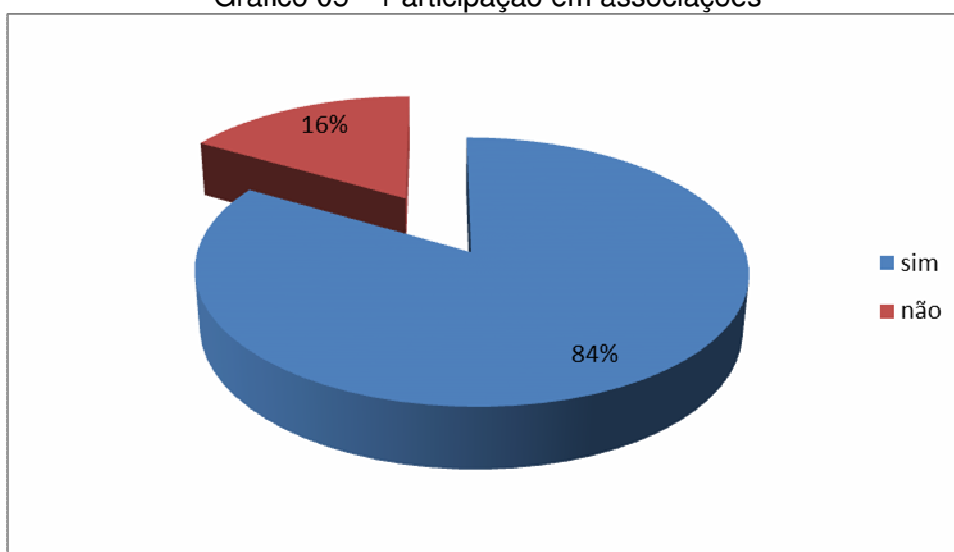
Quanto à motivação para a participação no OD, 33% afirmaram que foram motivados para participar por vontade própria; 47,4% disseram que a vontade da comunidade foi determinante; 18,6% afirmaram que foi a necessidade que os levou a participar do OD; e 1% não respondeu. Esses dados revelam uma aproximação dos conselheiros regionais com um sentimento de comunidade.

No que se refere à participação anterior destes como conselheiros regionais do OD, 55,7% afirmaram que já haviam sido conselheiros regionais em gestões anteriores e 43,3% estão assumindo a função pela primeira vez. 1% não respondeu.

Quanto à participação destes como conselheiros municipais do OD, apenas 13,4% já desempenharam a função ao passo que a grande maioria, 85,6% não chegou à instância do COD.

Quanto à participação dos conselheiros regionais em algum tipo de associação, 83,5% declararam participar de algum tipo de associação, e apenas 16,5% não participam. Dos que participam de alguma associação, a comunitária aparece com maior incidência (54,6%).

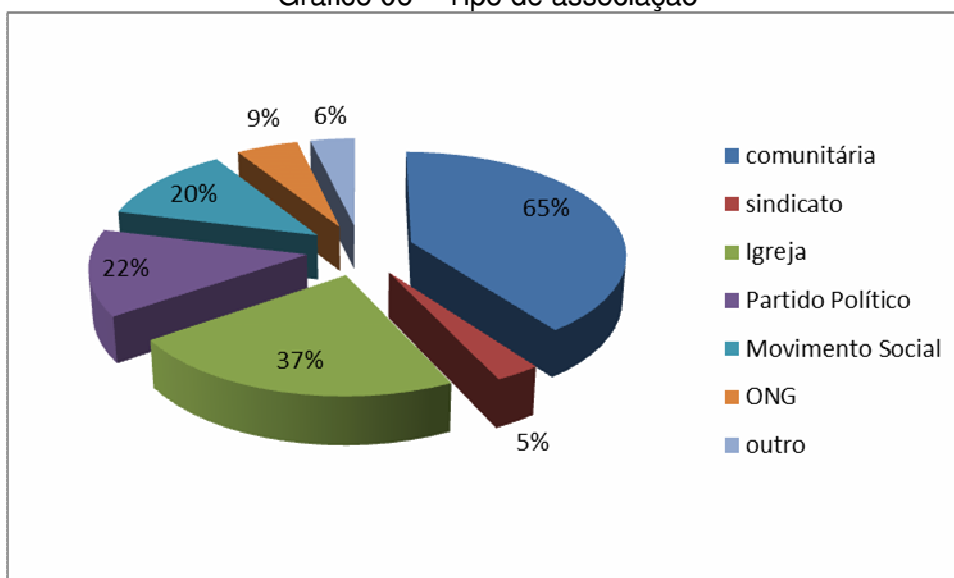
Gráfico 05 – Participação em associações



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

A participação em associações comunitárias aparece em primeiro lugar com 54,6%, seguida da participação em entidades religiosas (30,9%), partidos políticos (18,6%), movimento social (16,5%), ONGs (7,2%), sindicatos (4,1%) e outros (associação cultural, associação de pescadores, catadores de materiais recicláveis, cooperativa de reciclagem, associação esportiva).

Gráfico 06 – Tipo de associação

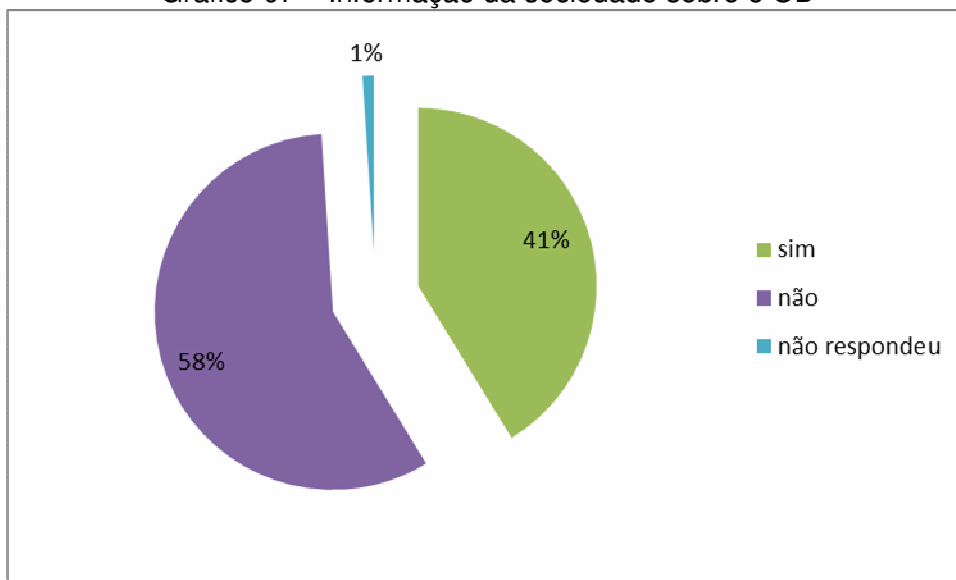


Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

A quase totalidade dos participantes (97,9%) consideram que a participação no OD contribui para melhorar a organização social, 95,9% afirmam que melhora o governo local e 96,9%, que fortalece a participação popular. Assim sendo, existe uma visão positiva do processo de participação no OD por parte de seus participantes.

Essa visão positiva dos participantes do OD acerca do processo não se confirma quando do entendimento da sociedade sobre as ações do OD, pois a maioria dos conselheiros regionais entende que a sociedade está mal informada das ações desenvolvidas pelo OD (57,7%) enquanto que 41,2% acredita que a sociedade sabe o que se passa no âmbito do OD.

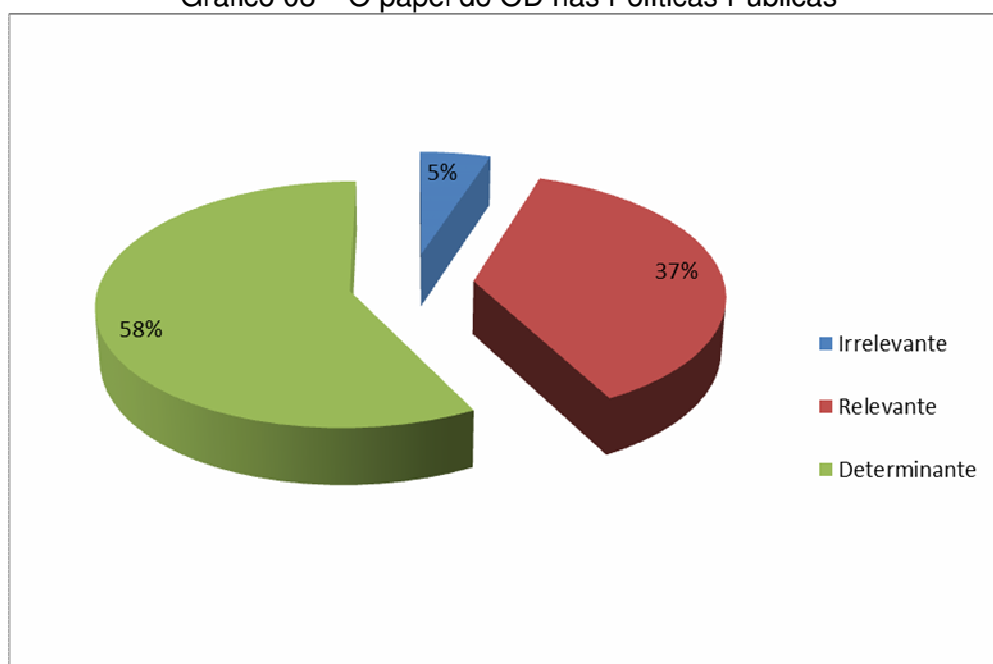
Gráfico 07 – Informação da sociedade sobre o OD



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Quanto à opinião dos conselheiros regionais acerca do papel do OD nas políticas públicas, a maioria (58%) afirma ser determinante e apenas 5% afirmou que o OD é irrelevante. Isso revela que os participantes do processo do OD estão convencidos da importância desse instrumento de participação para a garantia de melhorias no que tange ao planejamento e execução de políticas públicas.

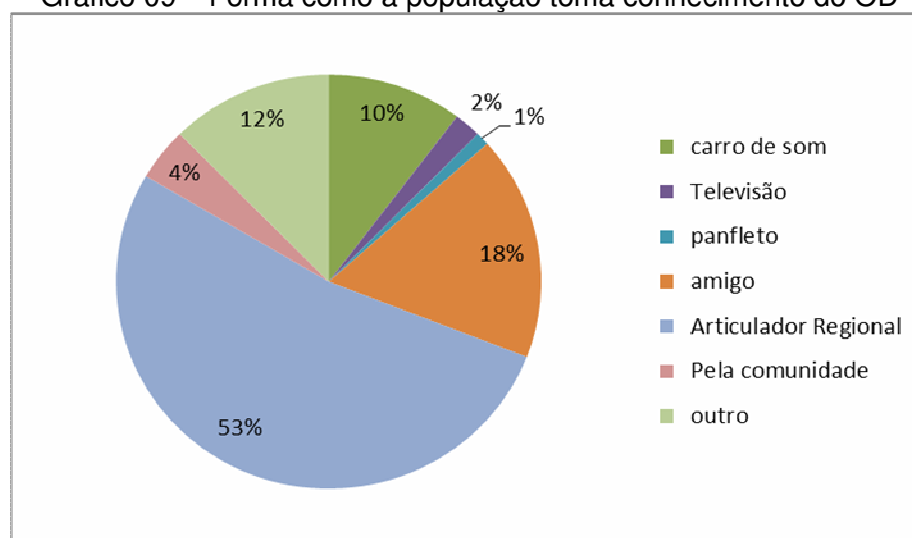
Gráfico 08 – O papel do OD nas Políticas Públicas



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

A forma como a população toma conhecimento das plenárias do OD de João Pessoa é bem diversificada, mas o que é predominante é a participação do articulador regional como principal mobilizador da população das regiões, o que revela uma limitação do instrumento de convocação das atividades do OD. Em geral, 53% tomaram conhecimento das plenárias do OD através do articulador regional, 18% através de amigos, 10% por meio de carro de som, 4% através da própria comunidade, 2% por meio da televisão e 13% por outros meios.

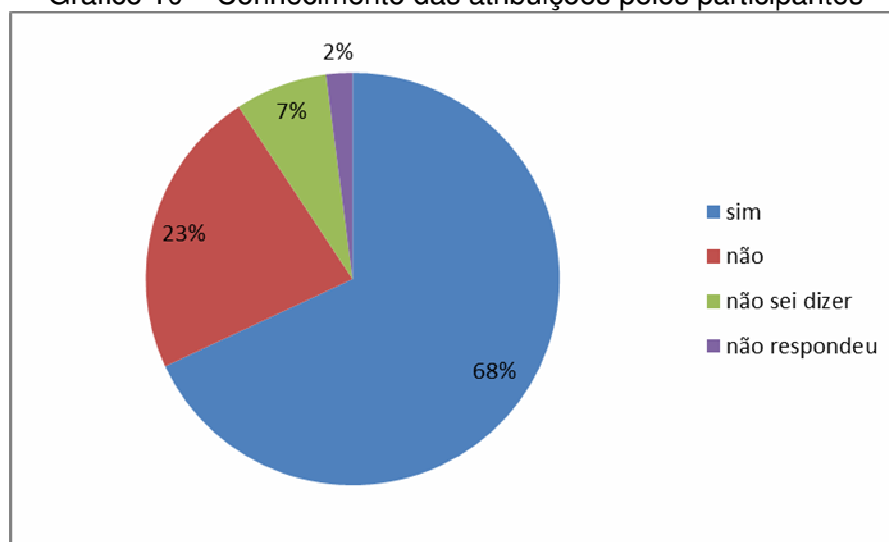
Gráfico 09 – Forma como a população toma conhecimento do OD



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

A maioria dos conselheiros regionais (68%) conhece as suas atribuições, ao passo que 23% as desconhecem, 7% não soube responder a questão e 2% não responderam. Esse desconhecimento pode ser atribuído ao fato de uma boa parcela dos conselheiros regionais estarem participando pela primeira vez do processo do OD.

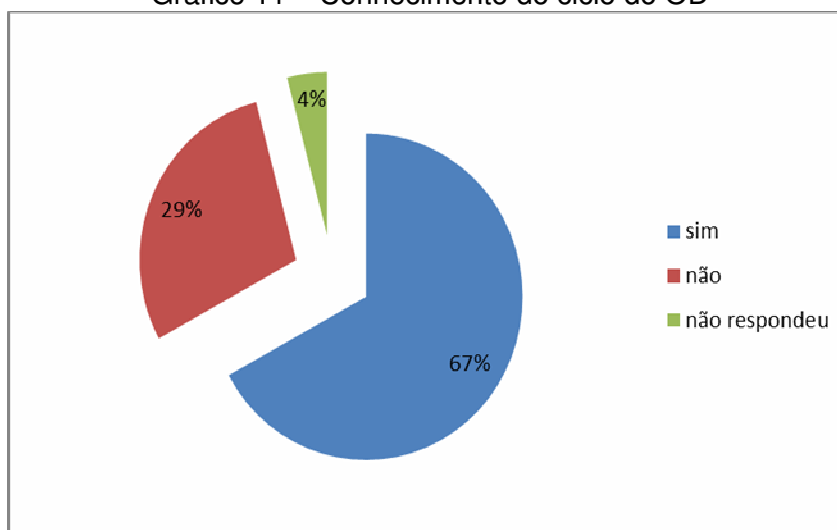
Gráfico 10 – Conhecimento das atribuições pelos participantes



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

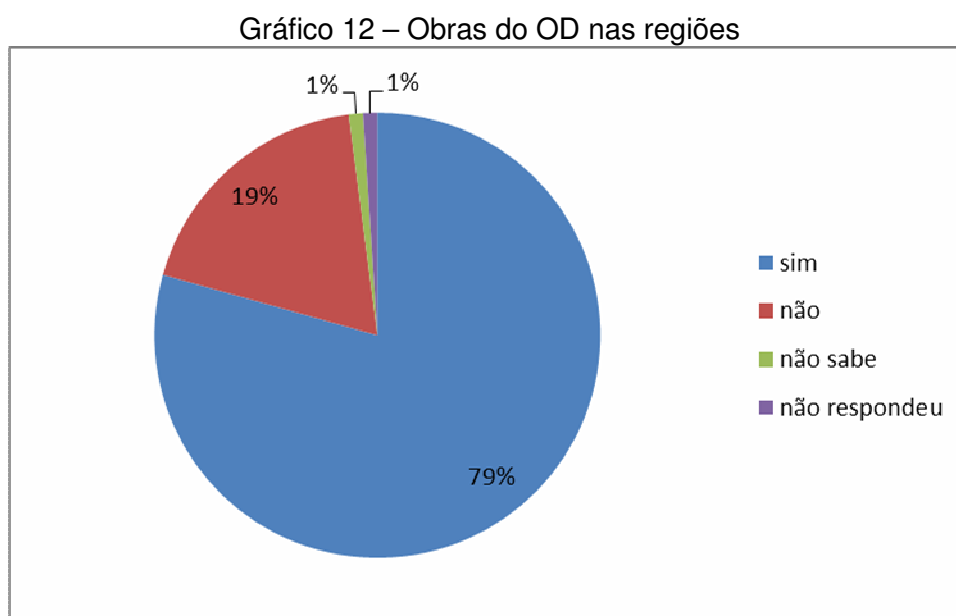
No que concerne ao conhecimento pelos conselheiros regionais da totalidade das etapas do ciclo do OD, 67% declara ter conhecimento da dinâmica de funcionamento do ciclo do OD, 29% afirmaram não conhecer a totalidade do ciclo, e 4% não responderam.

Gráfico 11 – Conhecimento do ciclo do OD



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

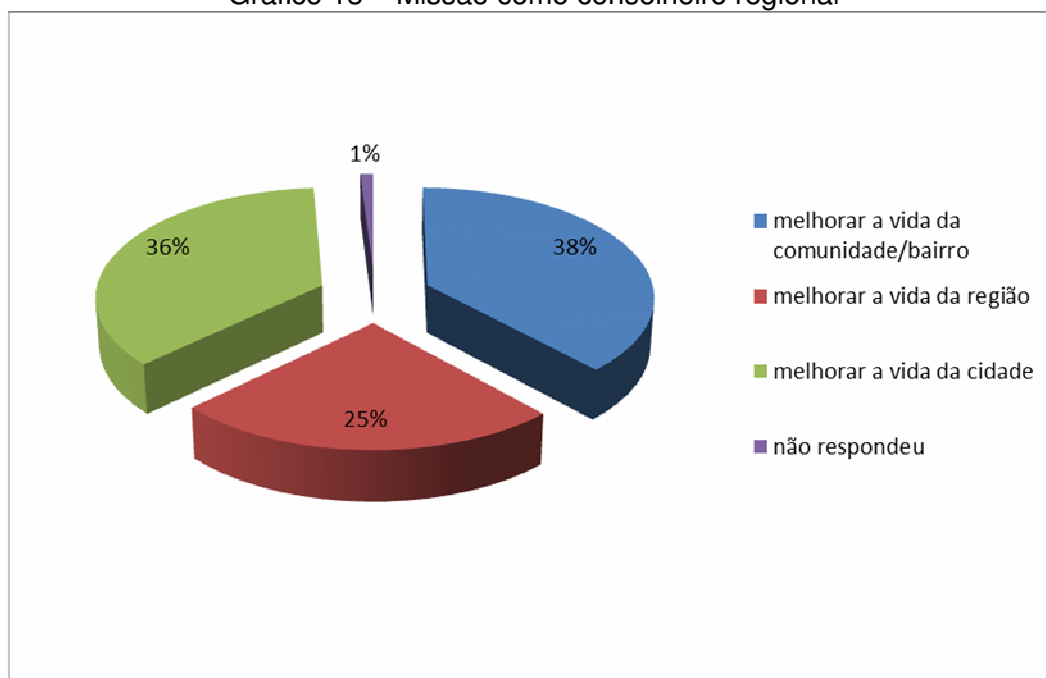
Os conselheiros regionais têm a compreensão das obras do OD em sua região de origem, ou seja, 79% dos conselheiros regionais afirmaram saber da existência de obras do OD em sua região e apenas 19 disseram desconhecer, 1% não soube responder à questão e 1% não respondeu.



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Quanto à missão principal do conselheiro regional, as opiniões aparecem divididas: 38% afirmaram que a missão do conselheiro regional está ligada, diretamente, à melhoria da qualidade de vida da comunidade/bairro; 36% entendem que está relacionada à melhoria da cidade; 25%, à vida da região e 1% não respondeu. Dessa forma, se confirma algo até certo ponto surpreendente. Mesmo que a maioria das respostas (38%) esteja motivada por uma percepção das necessidades imediatas e comunitárias, um percentual significativo percebe a missão de considerar questões mais amplas, como os interesses da cidade com um todo, o que enseja um avanço na direção de um planejamento da cidade a longo prazo.

Gráfico 13 – Missão como conselheiro regional



Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

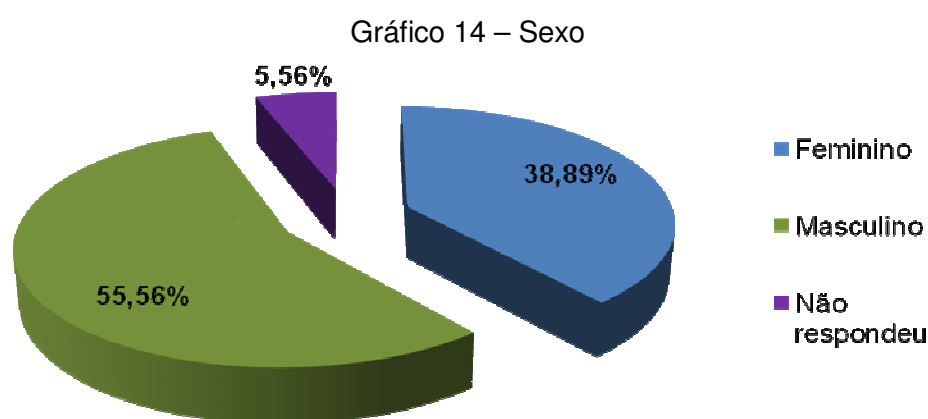
A participação como conselheiro regional é um pré-requisito principal para a participação enquanto conselheiro municipal. Dos que participaram do levantamento através do formulário aplicado, apenas 13% já haviam participado do Conselho do OD enquanto que 86% nunca chegaram a participar e 1% não respondeu. Vale ressaltar que a grande maioria dos conselheiros regionais acabava de ter sido eleita para esta função e o formulário foi aplicado na chegada dos participantes à assembleia geral de conselheiros regionais, momento em que seria realizada a eleição dos conselheiros municipais.

5.1.2 Conselheiros de saúde

A construção do perfil sócio-econômico dos conselheiros de saúde se tornou possível através da leitura da documentação disponibilizada no próprio CMS, principalmente, as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS. Além disso tomou-se, como referencial, o relatório de pesquisa vinculada ao Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Universidade Federal da Paraíba pelo

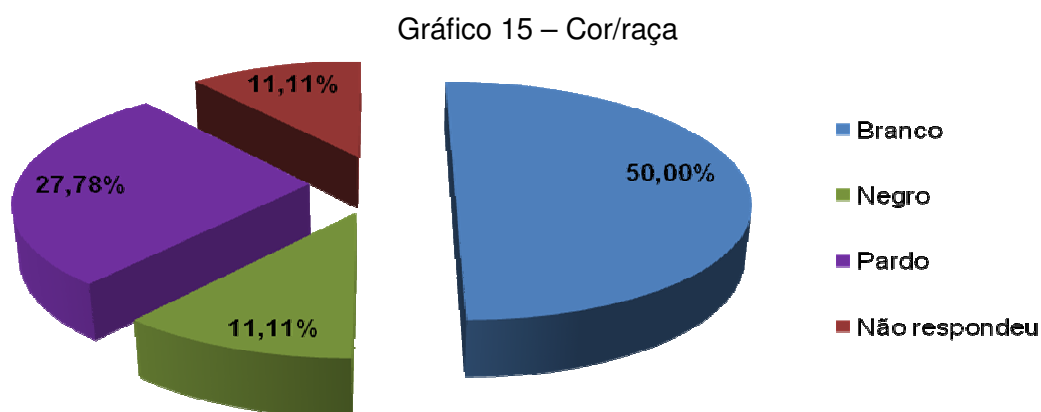
professor doutor Gustavo Tavares, no ano de 2011, que realizou uma pesquisa com os conselheiros de Saúde (SILVA; ALMEIDA, 2011). Os gráficos utilizados, a seguir, foram retirados do referido relatório.

O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa conta com a participação de homens (55,56%) e de mulheres (38,89%) residentes em diversos bairros de João Pessoa (Cidade Universitária, Bessa, Miramar, Castelo Branco, Mangabeira, Mandacaru, Bancários, Torre, Manaíra e Jardim Luna). Assim, a mesma prevalência de homens notada em âmbito do OD-JP observa-se no CMS. Vale lembrar que o CMS é uma instância que congrega entidades representativas e, conseqüentemente, espaços privilegiados de poder.



Fonte: Silva e Almeida (2011)

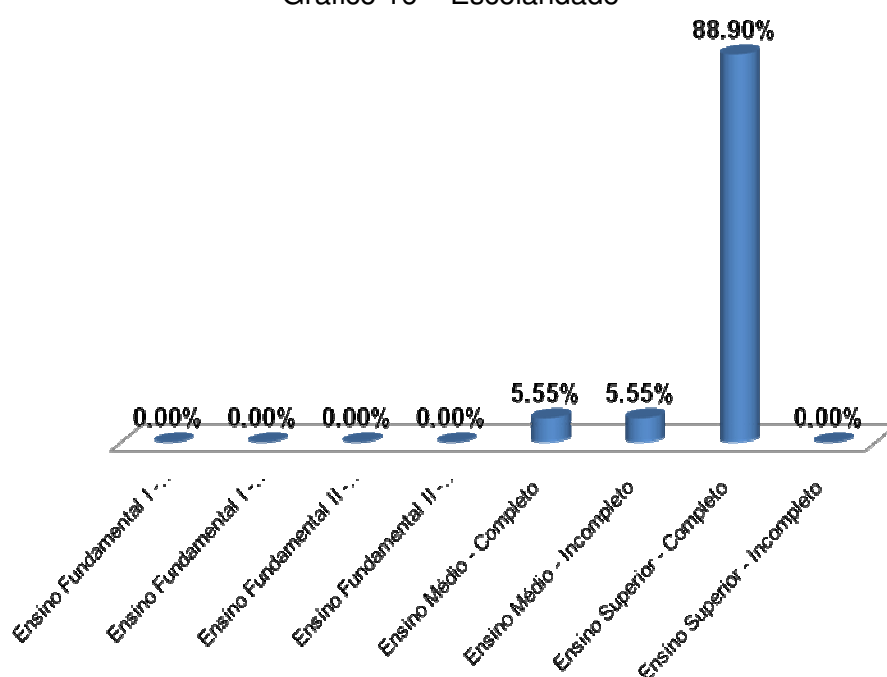
Com relação à cor/raça dos conselheiros de saúde, ao contrário do que se observou no grupo de conselheiros regionais do OD, há prevalência de pessoas brancas (50%), seguida de pardos (27,78%) e de negros (11,11%).



Fonte: Silva e Almeida (2011)

A escolaridade dos conselheiros de saúde fica no outro extremo daquela portata pelos participantes do OD, pois, se no OD o grau de escolaridade da maior parte dos conselheiros é o ensino fundamental I e II (completo e incompleto), no caso dos conselheiros de saúde não foi identificado nenhum conselheiro que tivesse apenas esse grau de instrução. Assim, o CMS, de João Pessoa, conta com um público muito mais qualificado, posto que 88,90% dos integrantes têm graduação superior, fator que eleva o teor das discussões nas reuniões do conselho. Apenas 5,55% declarou ter o ensino médio completo e 5,55%, o ensino médio incompleto.

Gráfico 16 – Escolaridade

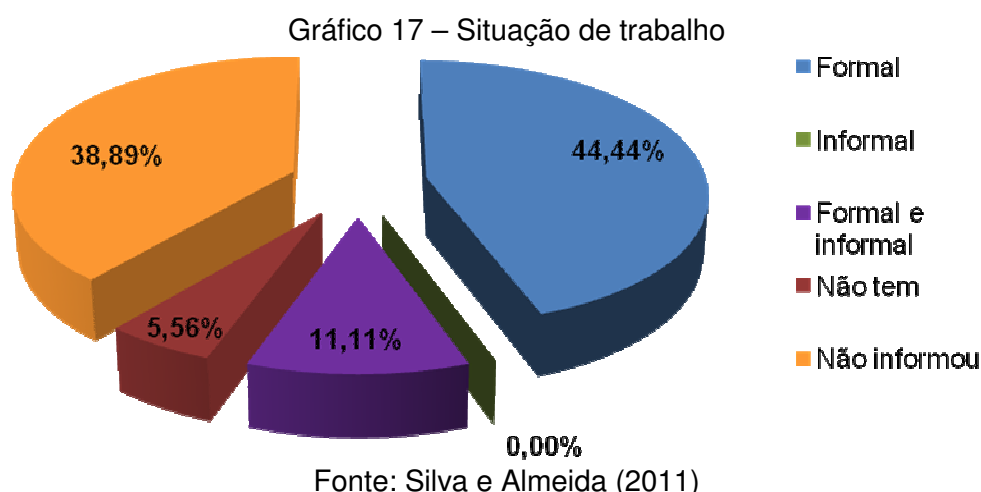


Fonte: Silva e Almeida (2011)

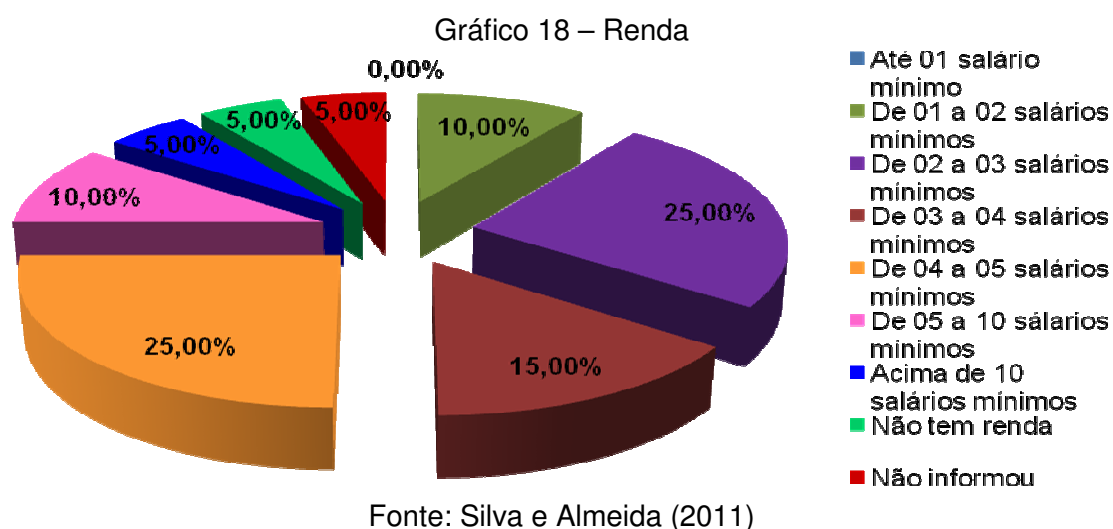
Quanto à ocupação dos conselheiros municipais de saúde, a maioria trabalha com carteira assinada (38,70%), empregados sem carteira assinada e autônomos representam um número de 22,10%; ainda há 11,05% de aposentados e esse mesmo percentual deixou de responder a essa questão.

No que se refere à profissão dos conselheiros, há uma heterogeneidade de profissões: enfermeiros contam 16,70%; funcionários públicos, médicos, assistentes sociais e professores correspondem a 11,10%, respectivamente; pedagogos, psicólogos, militares reformados, farmacêuticos, estudantes e administradores, correspondem a 5,55% cada. 5,55% não responderam. Esse fator (profissões) está relacionado a outros elementos analisados nesse perfil como, por exemplo, a

escolaridade e a renda. Dessa forma, o perfil sócio-econômico dos conselheiros de saúde revela que os participantes do CMS, frente aos participantes do OD, são pessoas que, na sua maioria, não são oriundas das classes populares da cidade de João Pessoa, mas possuem uma profissão bem definida, uma alta escolaridade e, conseqüentemente, uma renda mais elevada. A maioria desses profissionais encontra-se ligada a um trabalho formal, como se pode observar no Gráfico 17.



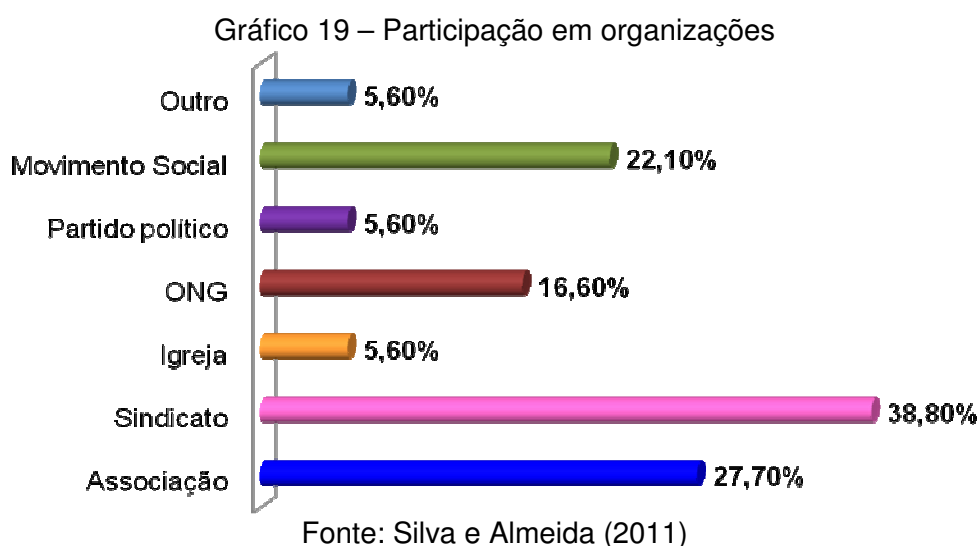
No que se refere à renda não foi identificado nenhum conselheiro que recebesse 1 (um) salário mínimo. A maioria dos conselheiros (65%) está dentro do grupo que recebe entre 2 (dois) e 5 (cinco) salários mínimos. Como se percebe, no Gráfico 18 há, também, conselheiros que têm renda entre 5 (cinco) e 10 (dez) salários mínimos (10%) e com mais de 10 (dez) salários mínimos (5%).



Os conselheiros de saúde declararam que a motivação para a participação no CMS foi a vontade própria (94,44%) e apenas 5,56% foi motivado por determinação do trabalho. O processo para se chegar ao espaço do conselho, em consonância com o que coloca o Regimento Interno dessa instituição se dá de duas formas: através de um processo eleitoral, o que corresponde a 55,56% (para aqueles representantes de entidades de prestadores de serviço, de trabalhadores de saúde e de usuários) e por indicação, um percentual de 44,44% (para aqueles representantes do governo).

Um aspecto que é de grande relevância na construção desse perfil é a configuração de entidades que os conselheiros representam, sendo 27,78% representantes dos usuários de saúde, 22,22%, representantes dos trabalhadores de saúde, 5,56%, representantes do governo e dos prestadores de serviços de saúde, respectivamente, e 38,89% declararam fazer parte de outras entidades da sociedade civil. Acredita-se que este último percentual corresponde ao grupo dos trabalhadores e dos usuários que têm o maior acento no conselho e, como estão ligados a entidades da sociedade civil, não têm clareza do grupo que representam dentro do conselho.

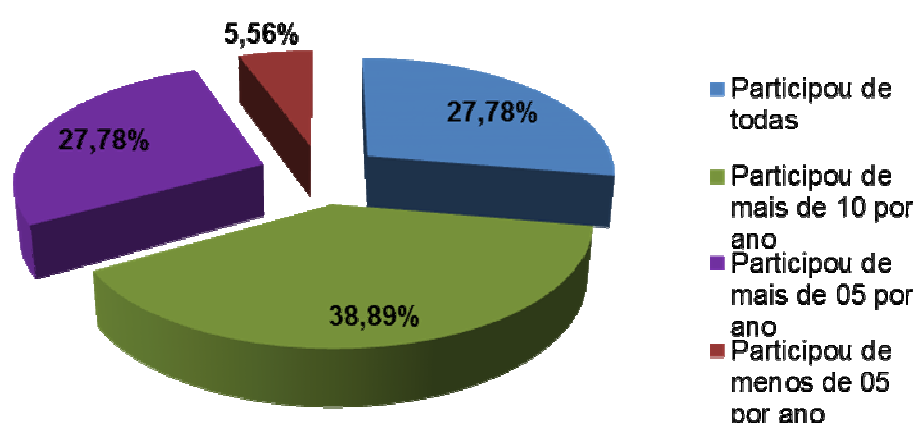
A participação dos conselheiros de saúde em organizações da sociedade civil é algo previsível, pelo fato de o CMS ser composto por representação de entidades e não representantes diretos da população. Nesse sentido, há a prevalência da participação em sindicatos (38,80%), seguida da participação em associações (27,70%) e de movimentos sociais (22,10%). Frise-se que a porcentagem do Gráfico 19 não corresponde a 100%, pois foi admitida mais de uma resposta.



Os conselheiros participam, em sua maioria (55,56%), de comissões de trabalho dentro do CMS e 44,44% declaram não atuar nesse tipo de comissão. Dos que atuam em comissões citaram quatro comissões do CMS: saúde (11,10%), alta e média complexidade (11,10%), orçamentos e finanças (5,55%) e atenção básica (5,55%). Considerando que 22,20% não responderam a esta questão.

Quanto à frequência de participação dos conselheiros nas reuniões (ordinárias e extraordinárias) do CMS, 38,89% declarou ter participado de mais de 10 (dez) reuniões por ano, seguida da participação em todas as reuniões e dos que participaram de mais de cinco reuniões por ano, o que corresponde a 27,78% cada. Dessa forma, confirma-se a rigidez regimental no controle das faltas dos conselheiros feita pela secretaria executiva do conselho, pois os conselheiros que faltarem a três vezes consecutivas, ou cinco alternadas em um ano, é desligado, automaticamente; assim, pode-se afirmar que há uma participação assídua deles.

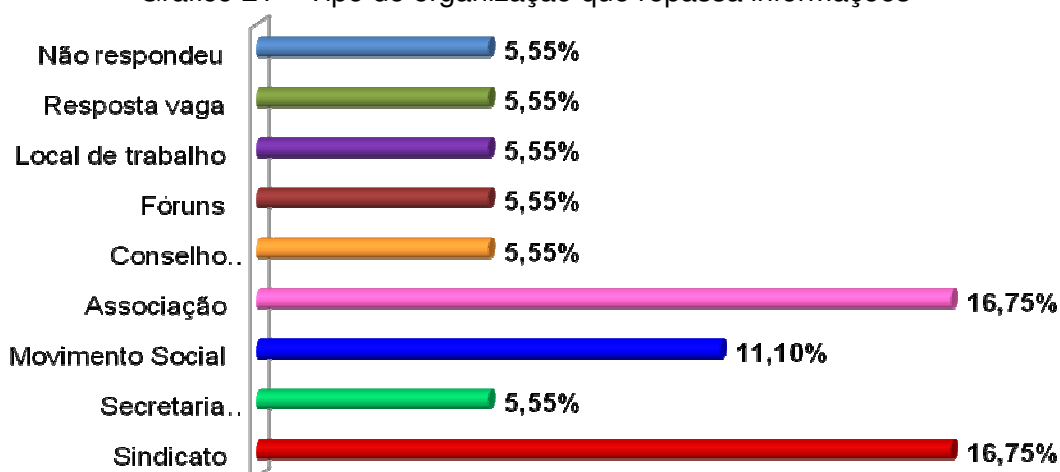
Gráfico 20 – Frequência de participação nas reuniões



Fonte: Silva e Almeida (2011)

Os conselheiros declararam que fazem o repasse das informações e das discussões realizadas no conselho para as suas entidades, de forma que cumprem com uma de suas atribuições na qualidade de conselheiros. O repasse das informações se dá às associações (16,75%), aos sindicatos (16,75%), movimentos sociais (11,10%) e mais organizações representadas pelos conselheiros.

Gráfico 21 – Tipo de organização que repassa informações



Fonte: Silva e Almeida (2011)

Com relação à atuação dos conselheiros no âmbito do conselho, as respostas revelam que são muitas as ações desenvolvidas por eles as quais são avaliadas, por eles, como ações qualificadas e consonantes com o Regimento Interno do Conselho. Assim, 88,80% dos integrantes fazem críticas e denúncias, 72,30%, apresentam propostas, 77,80%, se informam, com antecedência, acerca das matérias que vão ser discutidas nas reuniões, 61,20%, têm condições de analisar os documentos apresentados nas reuniões, 61,20%, recebem informações para a realização de tarefas e para votar as matérias, 72,30%, votam o orçamento, 55,50%, fazem planejamento de atividades e 50%, fazem curso de capacitação. Esse dado se relaciona com o conhecimento dos conselheiros sobre as suas atribuições (72,22%) contra 27,78% que afirmam não ter conhecimento de suas atribuições.

Nesse sentido, segundo a opinião dos conselheiros, o conselho assume o seu papel de fiscalizador das políticas públicas, especificamente, a política de saúde e, conseqüentemente, interfere na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

Apesar de ser grande o leque de ações desenvolvidas pelo CMS, os conselheiros entendem que a sociedade ainda não está informada acerca das ações e do papel do CMS, pois 88,89% declararam que a sociedade está desinformada acerca dos trabalhos realizados pelo conselho, e apenas 11,11% afirmaram que a sociedade tem conhecimento das ações do CMS.

5.2 A EVOLUÇÃO DE CADA INSTITUIÇÃO PARTICIPATIVA

A evolução do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde será analisada a partir da dinâmica de funcionamento e da trajetória histórica dessas instituições. Para a análise do OD levar-se-ão, em conta, todos os ciclos anuais (2005 – 2011) desenvolvidos até então, de modo a serem enfatizados os aspectos relacionados às instâncias que compõem o ciclo anual, as mudanças operacionalizadas na metodologia do OD e as prioridades apresentadas, em cada ano, por região. As informações que deram suporte à construção desse tópico acerca do funcionamento do OD foram retiradas das cartilhas explicativas produzidas pela equipe do OD para o trabalho de divulgação do OD junto aos seus participantes e à sociedade em geral (JOÃO PESSOA, 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2011).

No que concerne ao CMS tentar-se-á empregar a mesma lógica analítica usada para o OD, considerando as especificidades dessa instituição. Assim, será tomada, como referencial nesta análise, o funcionamento do conselho em dois momentos definidos: de 2001 a 2003 e de 2007 a 2009. A escolha por esse recorte temporal foi motivada por duas razões: a primeira diz respeito ao tempo de existência do CMS (21 anos), o que impossibilita analisar a totalidade de atas e documentos produzidos pelo referido conselho e, a segunda razão, está relacionada à necessidade de serem comparados dois momentos políticos diferenciados, um dos quais (2001 a 2003) anterior ao governo de Ricardo Coutinho e, o outro (2007 a 2009), no governo dele.

5.2.1 Dinâmica e funcionamento do processo do Orçamento Democrático ao longo dos anos

A base geográfica do OD de João Pessoa é constituída pela divisão da cidade em 14 (catorze) regiões orçamentárias. Essa divisão foi feita em 2005 no momento de formatação da proposta de OD, levando-se em conta os critérios de proximidade geográfica, afinidade política e cultural.

Na base regional a população participa, diretamente, do processo de apresentação das necessidades, escolhendo três prioridades temáticas entre as doze elencadas na ficha de demanda – cultura, educação, áreas de lazer, esportes, geração de emprego e renda, habitação, infraestrutura, limpeza urbana, meio ambiente, saúde, trânsito e transporte urbano – e escolhe uma obra, serviço ou ação para a sua região dentro das temáticas priorizadas na ficha de demanda.

O governo municipal também é sujeito no processo do OD através da participação do prefeito em algumas reuniões e/ou plenárias, dos representantes das pastas das secretarias municipais, principalmente, daquelas temáticas prioritárias para cada região. Além disso, a equipe da coordenadoria do OD, com seus técnicos, assessores e com o apoio dos articuladores regionais, aparece na condução de todo o processo.

5.2.1.1 O ciclo do Orçamento Democrático em 2005

O Orçamento Democrático de João Pessoa foi implantado, em 2005, como proposta da gestão municipal, de abertura à participação da população no processo de definição de demandas e prioridades que norteiam a elaboração das diretrizes orçamentárias do município.

A metodologia do OD está prevista no seu Regulamento Geral que sofreu alterações paulatinamente, mediante a aprovação dos participantes do processo, de acordo com as necessidades surgidas. O Regulamento Geral do OD de João Pessoa define uma metodologia que funciona em forma de um ciclo anual. Cada ciclo anual tenta projetar ações e serviços prioritários para o ano seguinte e está organizado em etapas que privilegiam a participação da população de forma direta, inicialmente nas comunidades e regiões, e de forma representada (delegativa), em nível municipal, na Assembleia Geral dos Delegados e no Conselho do OD.

De acordo com o Regulamento Geral do OD para 2005 (Ano I) a metodologia prevê cinco etapas: 1ª) reuniões regionais; 2ª) assembleias populares regionais; 3ª) assembleia geral dos delegados; 4ª) audiências públicas setoriais; 5ª) Conselho do Orçamento Democrático (JOÃO PESSOA, 2005a).

As **reuniões regionais** (1ª etapa) foram realizadas nos meses de abril e maio nas 14 (catorze) regiões orçamentárias e contou com a participação do prefeito municipal e de seus auxiliares (secretários municipais). Nesse momento, as comunidades, entidades civis e cidadãos tiveram o primeiro contato com o OD através de ampla divulgação nos meios de comunicação (Rádio e Televisão) e nas próprias comunidades e pelos articuladores regionais e lideranças comunitárias.

Na ocasião, além da distribuição de cartilhas explicativas acerca da dinâmica do ciclo anual e da metodologia, foi realizado um balanço da situação do município na gestão atual e apresentada a proposta de OD, pelo prefeito Ricardo Coutinho, tendo como base organizativa a divisão da cidade em 14 (catorze) regiões orçamentárias tendo, como eixo central dessa prática de gestão, a participação da população. A etapa serviu também para a ampla divulgação das Assembleias Populares Regionais.

A segunda etapa, intitulada **assembleias populares regionais**, ocorreu nos meses de maio e junho em cada região. Nessa fase, a população participou do processo de definição das prioridades de cada região, ou seja, dos principais temas a serem discutidos nas audiências populares setoriais. Outra ação realizada nesse interregno foi a eleição dos primeiros delegados (as) do OD. De acordo com Rodrigues (2007), inscreveram-se e assinaram a lista de frequência nas Assembleias Populares Regionais, um total de 537 candidatos, de modo que foi respeitada proporcionalidade; destes, foram eleitos 342 delegados titulares e 195 suplentes. Veja-se, abaixo, a distribuição dos delegados por região.

Tabela 13 - Delegados titulares e suplentes por região

Região	Titulares	Suplentes
1ª	13	18
2ª	18	16
3ª	24	19
4ª	27	13
5ª	40	22
6ª	37	21
7ª	30	14
8ª	30	11
9ª	35	-
10ª	20	07
11ª	24	25
12ª	07	07
13ª	14	03
14ª	23	19
Total	342	195

Fonte: Rodrigues (2007).

A Tabela 13 revela que há uma variação no número de delegados por região entre 07 (12ª região) e 40 (5ª região). Essa variação se deve às particularidades regionais (número de bairros que compõem a região, número de habitantes por bairro e condições de vida da população) e à proporcionalidade de delegados atrelada ao número de participantes em cada plenária regional. Em tese, as regiões que conseguiram articular o maior número de pessoas para participarem dessa etapa, conseqüentemente, terão maior poder de barganha nas discussões da etapa seguinte. No entanto, no momento de formação do conselho essa proporcionalidade não existe e a participação das regiões é nivelada, assim, a região que mobilizou o maior número de pessoas no âmbito das regiões terá o mesmo número de conselheiros municipais que a região que mobilizou o mínimo possível.

Nesse momento foi feita a divulgação do calendário de capacitação dos delegados a ser realizada no mês de julho com o intuito de formar os delegados para uma participação qualificada no OD e apresentar e aprovar o Regimento Interno do COD.

A terceira etapa – a **assembleia geral de delegados** –, foi realizada no mês de julho, quando foi apresentada a sistematização das prioridades eleitas em cada região na etapa anterior; em seguida, houve a aprovação das prioridades de investimentos para o município no ano de 2006 pela assembleia. Assim, com base nas três prioridades definidas em cada região se faz a eleição das três prioridades para o município de João Pessoa, ou seja, as três prioridades que apareceram no maior número de regiões passam a ser as prioridades para o município e foram discutidas nas audiências populares setoriais. Isso não significa dizer que os demais temas discutidos no ciclo nas regiões não foram considerados, mas que as três prioridades definidas e aprovadas pelos delegados em assembleia foram as norteadoras de todo o processo de elaboração (pelas secretarias municipais) do orçamento para o ano seguinte.

Tabela 14 - Prioridades por região – Ciclo do OD 2005

Região	Prioridades
1ª	Infraestrutura, saúde e educação
2ª	Infraestrutura, habitação e equipamentos sociais
3ª	Infraestrutura, saúde e educação
4ª	Infraestrutura, saúde e educação
5ª	Infraestrutura, segurança e saúde

6 ^a	Infraestrutura, saúde e segurança
7 ^a	Infraestrutura, saúde e infraestrutura
8 ^a	Infraestrutura, equipamentos sociais e saúde
9 ^a	Infraestrutura (pavimentação), saúde e infraestrutura (saneamento)
10 ^a	Equipamentos sociais, segurança e infraestrutura
11 ^a	Saúde, segurança e infraestrutura
12 ^a	Saúde, segurança (e trabalho) e renda
13 ^a	Segurança, (trabalho e renda) e educação
14 ^a	Infraestrutura, Infraestrutura (pavimentação), infraestrutura (saneamento)

Fonte: João Pessoa (2011)

Dessa forma, os temas que estiveram em pauta nas discussões do OD em 2005 foram: infraestrutura (12 regiões); saúde (10 regiões); segurança (5 regiões); educação (4 regiões); equipamentos sociais (3 regiões); trabalho e renda (2 regiões) e habitação (1 região). Assim, os três temas mais discutidos nas regiões (infraestrutura, saúde e segurança) passam, com a aclamação dos participantes, a ser os temas norteadores das audiências populares setoriais.

Nessa etapa foram eleitos, dentre os delegados(as), dois conselheiros de cada região orçamentária (um titular e um suplente) para compor o Conselho do Orçamento Democrático, com um mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos por mais dois anos. Além desses conselheiros municipais advindos das regiões orçamentárias (28 conselheiros), o governo municipal indica dois conselheiros (um titular e um suplente) e a Câmara Municipal dos Vereadores indica dois conselheiros (um titular e um suplente), ao todo o COD é composto por 32 (trinta e dois) conselheiros municipais.

Por fim, na assembleia geral dos delegados foi transmitida a informação sobre a necessidade de criação, nas regiões, das comissões de delegados(as) para o acompanhamento das obras de investimento para o próximo exercício.

Durante o mês de julho aconteceram as **audiências públicas setoriais** (4^a etapa), que envolveram a população, os delegados(as) e conselheiros na discussão dos temas priorizados em cada região. Nessa ocasião, cada secretaria municipal (dos temas priorizados: infraestrutura, saúde e segurança) apresentou o seu plano de investimento para 2006 e as ações em andamento no exercício de 2005.

A quinta e última etapa foi a discussão no âmbito do **Conselho do Orçamento Democrático**, composto por 28 conselheiros (14 titulares e 14 suplentes) representantes das regiões (1 titular e 1 suplente), eleitos na Assembleia de Delegados para um mandato de dois anos. Além desses conselheiros eleitos

pelos delegados, existem os conselheiros indicados pelo governo municipal (1 titular e 1 suplente) e os indicados pela Câmara Municipal de Vereadores (1 titular e 1 suplente).

O conselho do OD tem, como principal atribuição, discutir, analisar, fiscalizar, acompanhar o plano de investimentos do município, o andamento das obras e serviços, bem como acompanhar a tramitação e votação da LOA no legislativo. O acompanhamento da tramitação e votação da LOA no âmbito do Legislativo se dá de forma incipiente, pois não há uma sistematização dessa participação, de modo que apenas os delegados e conselheiros participam, simbolicamente, da entrega da proposta de Peça Orçamentária para o exercício seguinte, muitas vezes, desconhecendo o seu teor.

Para fechar o ciclo, a equipe que coordena o OD motivou a avaliação das atividades desenvolvidas em 2005 e planejou o que seria realizado em 2006. Participaram, da avaliação, a equipe, os delegados e os conselheiros, bem como alguns secretários municipais.

5.2.1.2 O ciclo do Orçamento Democrático em 2006

O ciclo de participação, no ano de 2006, também aconteceu em cinco etapas. Com relação ao ciclo 2005, houve uma inversão na ordem das duas primeiras etapas. A primeira etapa (janeiro e fevereiro) – na qual se deram as **audiências populares** – serviu para avaliar as ações do primeiro ano do governo municipal. Nesse momento, foi feita a mobilização e organização da população em torno da elaboração da LDO de 2007, além disso, foram distribuídas, pela equipe do OD, formulários de levantamento de prioridades de cada região orçamentária a serem incluídas na elaboração da LDO de 2007.

As **reuniões regionais** (2ª etapa) ocorreram nos meses de março e abril visando a “mobilizar e organizar a população em torno da elaboração da Lei Orçamentária Anual” (JOÃO PESSOA, 2006, p. 7). Nesse momento, foram apresentadas as comissões de fiscalização de obras e serviços, e as prioridades eleitas para a LDO do ano seguinte como resultado dos formulários preenchidos na etapa anterior. Foram distribuídas as fichas de demandas para que a população

indicasse, de acordo com as prioridades eleitas, a ordem em que deveriam ser incluídas na LOA/2007. Ao final, foram distribuídas cartilhas explicativas do OD e o calendário da etapa posterior.

Nas **assembleias populares regionais** (3ª etapa) (abril a maio) apresentou-se o resultado detalhado das obras e serviços solicitados para 2007 e foram eleitas as obras a serem realizadas em cada região, de acordo com as prioridades da LDO e que serão determinantes para formatação da LOA. Além disso, foi feita a renovação de um terço dos delegados em todas as regiões. Ao final do processo foi identificado um total de 449 delegados, dos quais 140 foram reconduzidos para o mesmo quadro.

A **assembleia geral de delegados** (4ª etapa) contou com a presença do prefeito e de seu secretariado. Nessa etapa, foram apresentadas as obras e serviços que o Governo Municipal vem realizando, com base nas três prioridades eleitas pela população nas reuniões do OD. As principais demandas priorizadas pelas regiões estão concentradas nas áreas de saúde (13 regiões), infraestrutura (13 regiões) e equipamentos sociais (07 regiões), como explicitado na Tabela 15.

Tabela 15 - Prioridades por região – Ciclo do OD 2006

Região	Prioridades
1ª	Educação, infraestrutura e saúde
2ª	Equipamentos sociais, saúde e transporte
3ª	Saúde, equipamentos sociais e infraestrutura
4ª	Infraestrutura, saúde e educação
5ª	Infraestrutura, saúde e infraestrutura
6ª	Infraestrutura, saúde e educação
7ª	Saúde, infraestrutura e equipamentos sociais
8ª	Saúde, equipamentos sociais e infraestrutura
9ª	Saúde, habitação e infraestrutura
10ª	Segurança, saúde e infraestrutura
11ª	Educação, infraestrutura e saúde
12ª	Saúde, equipamentos sociais e Infraestrutura
13ª	Educação, equipamentos sociais e segurança
14ª	Infraestrutura, saúde e equipamentos sociais

Fonte: João Pessoa (2011)

As temáticas afetas à infraestrutura e à saúde reaparecem neste ano como prioritárias, confirmando o que assevera Lima (2011, p. 2), segundo o qual o OD de João Pessoa desenvolve ações prioritárias por região de forma desarticulada com um pensamento global da cidade, assim, “as obras são mais paliativas que

estruturantes”. Dessa forma, a persistência dessas temáticas revela uma situação de saneamento e de saúde que exige atenção dos poderes públicos.

A Peça Orçamentária foi entregue à Câmara de Vereadores no dia 29 de setembro, pelo Prefeito Ricardo Coutinho, acompanhado dos secretários municipais, delegados e conselheiros do Orçamento Democrático e representantes de entidades da sociedade civil.

Programadas para o mês de julho e realizadas no mês de novembro as **audiências públicas setoriais** (5ª etapa) contaram com a presença das secretarias de saúde, educação, planejamento e infraestrutura que apresentaram, à população, os projetos, serviços e obras que vêm sendo realizados na cidade, além de promover a interlocução direta da população, delegados e conselheiros com o Secretariado Municipal. Essa etapa conta com a participação de delegados e conselheiros com direito a voz e voto e da população em geral com direito à voz. Há, nesse sentido, uma limitação da participação direta da população que, nas três primeiras etapas, teve a oportunidade de desempenhar um papel fundamental na tomada de decisões; nas audiências setoriais, esse direito é reservado aos seus representantes (delegados e conselheiros).

Para finalizar o ciclo, foi realizada a avaliação do exercício de 2006 e planejamento de 2007 com os vários segmentos envolvidos no processo de participação: os delegados; os conselheiros municipais e a equipe da coordenação do OD.

5.2.1.3 O ciclo do Orçamento Democrático em 2007

Em 2007, o ciclo foi composto por cinco etapas, tendo-se iniciado com a realização de reuniões regionais (1ª etapa), como nos anos anteriores, a exemplo de 2005. Essas reuniões iniciaram-se sempre às 19 horas, e foram realizadas em escolas ou ginásios de esportes localizados em áreas estratégicas (locais mais centrais) em cada região havendo a disponibilização de transporte por parte da prefeitura, cessão esta que visou a “facilitar” a participação da população nessa etapa.

Essa etapa contou com a participação do prefeito e dos secretários municipais, e foi realizada com a intenção de avaliar as ações do governo, mobilizar e organizar a população em torno das questões que devem nortear a LDO e a LOA 2008, definir três prioridades para cada região para o ano de 2008 de acordo com as obras, serviços e ações indicadas pela população, além de divulgar o calendário das assembleias populares do ciclo 2007.

A etapa seguinte – **assembleias populares regionais** – renovou o quadro total dos delegados do OD para o biênio 2007-2009. Na ocasião foi apresentado o resultado detalhado das prioridades (conforme Tabela 16), ações, serviços e obras “solicitadas” pela população em cada região e foi divulgado o calendário do curso de capacitação dos delegados e da assembleia geral dos delegados.

Tabela 16 - Prioridades por região do ciclo 2007

Região	Prioridades
1ª	Infraestrutura, educação e saúde
2ª	Infraestrutura, equipamentos sociais e educação
3ª	Educação, saúde e infraestrutura
4ª	Educação, infraestrutura e equipamentos sociais
5ª	Infraestrutura, educação e saúde
6ª	Infraestrutura, educação e saúde
7ª	Infraestrutura, habitação e educação
8ª	Infraestrutura, saúde e educação
9ª	Infraestrutura, saúde e equipamentos sociais
10ª	Equipamentos Sociais, infraestrutura e educação
11ª	Infraestrutura, educação e saúde
12ª	Equipamentos sociais, saúde e transporte
13ª	Educação, equipamentos sociais e limpeza urbana
14ª	Infraestrutura, saúde e educação

Fonte: João Pessoa (2011)

Como podemos perceber na Tabela 16, as três prioridades escolhidas no processo de participação no OD em 2007 foram infraestrutura (12 regiões), educação (12 regiões) e saúde (09 regiões). A temática educação apesar de já ter aparecido em algumas regiões nos dois ciclos anteriores só esse ano passa a ser uma das prioridades para o município.

A terceira etapa do ciclo foi a **assembleia geral dos delegados (as)** que aclamou os delegados eleitos na etapa anterior e promoveu a renovação do conselho do OD com a eleição de novos conselheiros para o mandato de dois anos. O Regimento Interno do conselho OD recomenda que a renovação do mesmo não

seja em 100%, ou seja, que possa garantir a permanência de um terço do conselho anterior para que a dinâmica de funcionamento seja preservada.

Tomando como referência a priorização das demandas realizadas nas assembleias populares se estrutura a quarta etapa – **audiências setoriais** – com o intuito de discutir (delegados, conselheiros e secretarias responsáveis) as ações propostas para as três áreas que assumiram o topo do quadro das prioridades regionais: infraestrutura; educação e saúde.

Para encerrar o ciclo do OD, nesse ano, foi feita a **avaliação do processo do OD** (5ª etapa) com a participação de conselheiros, delegados, membros da equipe técnica da coordenadoria do OD e o planejamento do ano seguinte. Pela primeira vez, a avaliação aparece com natureza de etapa, embora, em anos anteriores, dito procedimento já constituísse praxe do rito processual.

5.2.1.4 O ciclo do Orçamento Democrático em 2008

O processo de participação, no ano de 2008, foi indiretamente prejudicado por ser um ano de eleições municipais para prefeito e vereadores. Nesse ano, houve a redução de etapas do ciclo do OD, que desenvolveu apenas três etapas¹⁴, sendo suprimidas as etapas intituladas assembleias populares regionais e a assembleia geral dos delegados do OD, e, em consequência disso, houve um refluxo da participação nas demais etapas do ciclo. Vale ressaltar que um dos objetivos das assembleias populares regionais é a eleição de delegados (em sua totalidade) a cada dois anos ou parcial (um terço) caso os participantes considerem necessário e que se estende à assembleia geral dos delegados com a eleição dos conselheiros municipais do OD. Mas esse não é o único objetivo das assembleias, elas consistem em um espaço privilegiado de participação direta da população que declina o quadro de prioridades para cada região.

¹⁴ De acordo com a Cartilha explicativa do OD para o ano de 2008 ocorreram, nesse ano, quatro etapas do ciclo (JOÃO PESSOA, 2008), porém, no material disponibilizado na página web do OD, há uma afirmação de que, no ano de 2008, não ocorreu a etapa intitulada “assembleia geral dos delegados” pelo fato de que foi prescindida a renovação total do conselho, a qual ocorre a cada dois anos (JOÃO PESSOA, 2011).

A primeira etapa – **reuniões regionais** (fevereiro e março) – contou com a participação do prefeito e seus secretários, e objetivou “mobilizar e organizar a população em torno da importância do orçamento democrático” (JOÃO PESSOA, 2008, p. 8). Como, nesse ano, foi suprimida a etapa que faz a indicação das prioridades para cada região, essa atividade foi realizada na primeira etapa.

A segunda etapa correspondeu às **audiências setoriais** (realizadas no mês de junho), momento em que cada secretaria apresentou as ações empreendidas de 2005 a 2008, de acordo com a LOA e a LDO e o plano de ações, serviços e obras para o ano seguinte. Ocorreram, ao todo, três audiências, uma com a secretaria de saúde (Mangabeira) e duas com a secretaria de planejamento (Mandacaru e Funcionários II).

Assim, essa etapa funcionou, também, como uma espécie de prestação de contas do mandato da gestão municipal, uma vez o Regulamento Geral do OD não prevê essa avaliação das ações com um tempo tão longo (quatro anos). Não se pode olvidar que o município vivia, nesse momento, a efervescência do processo eleitoral.

Essa etapa contou com a participação da população, dos delegados, dos conselheiros e da gestão municipal através dos secretários municipais das pastas referentes às prioridades definidas, conforme descrito abaixo.

Tabela 17 - Prioridades por região do ciclo 2008

Região	Prioridades
1ª	Saúde, trabalho e renda, educação
2ª	Saúde, educação, trabalho e renda
3ª	Saúde, educação, trabalho e renda
4ª	Saúde, educação e infraestrutura
5ª	Saúde, trabalho e renda e infraestrutura
6ª	Saúde, infraestrutura e trabalho e renda
7ª	Saúde, trabalho e renda e educação
8ª	Saúde, trabalho e renda e infraestrutura
9ª	Saúde, trabalho e renda e educação
10ª	Saúde, trabalho e renda e educação
11ª	Saúde, trabalho e renda e infraestrutura
12ª	Saúde, trabalho e renda e educação
13ª	Saúde, trabalho e renda e educação
14ª	Saúde, infraestrutura e educação

Fonte: João Pessoa (2011).

No que concerne às prioridades regionais, as três que assumem o lugar de destaque são: saúde – indicada como prioridade por todas as regiões orçamentárias, trabalho e renda (12 regiões) e educação (10 regiões). Pela primeira vez, desde a origem do OD em 2005, a temática da infraestrutura não assume a primeira posição nas prioridades das regiões, isso não significa que tenham sido superados todos os problemas relacionados a esse tema, pois ele ainda aparece em seis regiões orçamentárias como prioridade, mas que a população passa a perceber outros temas como de fundamental importância para a melhoria nas regiões, como é o caso do trabalho e renda, o qual, mais que uma simples temática, consiste em uma política pública que vinha ganhando destaque em todo o país.

A última etapa foi a **avaliação e planejamento do ciclo do OD** (dezembro) cujo desiderato foi avaliar a participação dos diversos entes envolvidos no processo do OD (delegados, conselheiros, equipe) e o próprio governo e sua gestão democrático-participativa.

5.2.1.5 O ciclo do Orçamento Democrático em 2009

Em 2009, o ciclo do OD obedece à mesma lógica do ano anterior, com algumas alterações, posto que foi integrado por cinco etapas, posto que as suprimidas no ano anterior reapareceram no ciclo pelo fato de ser um ano de renovação de delegados e conselheiros.

As **audiências regionais** (1ª etapa) foram realizadas no mês de março com o objetivo de mobilizar e organizar a população para indicar as prioridades a serem colocadas no Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual do Poder Executivo Municipal. Nesse momento foram distribuídos para a definição das prioridades para o ano seguinte.

As **assembleias populares regionais** (2ª etapa), ocorridas nos meses de maio e junho, promoveram a eleição geral dos(as) delegados(as) do Orçamento Democrático de cada região orçamentária de acordo com o bairro e a comunidade. Nessa etapa, também foi apresentado o resultado das obras, ações e serviços solicitados para 2010, nos formulários preenchidos nas Assembleias Populares Regionais do ano anterior.

Esse processo resultou na indicação de prioridades para cada região, conforme exposto na Tabela 18. Dessas prioridades regionais se define as três prioridades que participam das audiências regionais, ou seja, áreas que terão a presença de representantes das pastas das respectivas secretarias. Neste ano, as prioridades foram: Saúde (12 regiões), infraestrutura (10 regiões) e trabalho e renda (09 regiões).

Tabela 18 - Prioridades por região do ciclo 2009

Região	Prioridades
1 ^a	Saúde, infraestrutura e educação
2 ^a	saúde, educação e infraestrutura
3 ^a	Saúde, trabalho e renda e cultura
4 ^a	Saúde, infraestrutura e educação
5 ^a	Saúde, infraestrutura e trabalho e Renda
6 ^a	Saúde, infraestrutura e educação
7 ^a	Infraestrutura, saúde e trabalho e renda
8 ^a	Infraestrutura, saúde e trabalho e renda
9 ^a	Infraestrutura, saúde e trabalho e renda
10 ^a	Trabalho e renda, saúde e educação
11 ^a	Trabalho e renda, habitação e saúde
12 ^a	Infraestrutura, trabalho e renda e educação
13 ^a	Trabalho e renda, infraestrutura e saúde
14 ^a	Infraestrutura, saúde e cultura

Fonte: João Pessoa (2011)

A temática infraestrutura retorna ao grupo das três primeiras prioridades revelando que persiste, na maioria das regiões, a necessidade de obras básicas de infraestrutura. Outro fator que merece destaque é a permanência do tema trabalho e renda que se mantém por dois ciclos.

Na **assembleia geral dos delegados** (3^a etapa) ocorreu a eleição dos (as) conselheiros (as) do Conselho do Orçamento Democrático e a organização das comissões de delegados (as) para o acompanhamento e fiscalização das obras e serviços da Prefeitura de João Pessoa.

Nesse ano foram realizadas seis **audiências setoriais** (4^a etapa) nas regiões 13^a (trabalho e renda), 4^a (Saúde), 7^a (habitação), 9^a (educação), 11^a (infraestrutura) e 12^a (desenvolvimento sustentável). No momento, as secretarias participantes apresentaram as ações empreendidas em 2009 e o plano de investimentos para o exercício de 2010. Participam dessa etapa, delegados(as), conselheiros(as), a população em geral e os secretários municipais.

Na **avaliação e planejamento do ciclo do OD** (5ª etapa) a população, a equipe do OD e a gestão avaliaram todas as etapas do Orçamento Democrático, buscando refletir sobre o impacto da gestão democrática e popular na melhoria da qualidade de vida dos(as) moradores(as) de João Pessoa.

5.2.1.6 O ciclo do Orçamento Democrático em 2010

O ciclo do OD de 2010 aparece com seis etapas e traz algumas novidades em relação aos anos anteriores: as reuniões preparatórias e o planejamento democrático. As reuniões preparatórias foram realizadas nos bairros, antes da abertura do ciclo, que aconteceram ao longo dos meses de janeiro e fevereiro, com o intuito de explicar, à população, o que é o Orçamento Democrático e mobilizá-la para a participação no ciclo do OD.

Outra novidade foi o Planejamento Participativo com conselheiros e delegados, cujo objetivo é discutir, com os secretários das pastas responsáveis, a definição das principais propostas de cada região, que foram sistematizadas e colacionadas na LDO e na LOA 2011. Durante as audiências regionais, foi feita a divulgação do calendário do Planejamento Democrático e das Reuniões Regionais do ciclo do OD 2010.

A primeira etapa – **as audiências populares regionais** – proporcionou um diálogo aberto entre a população, o secretariado municipal e o governo acerca do processo de escolha das principais prioridades para cada região. Nessa etapa, foram indicadas as seguintes prioridades regionais:

Tabela 19 - Prioridades por região do ciclo 2010

Região	Prioridades
1ª	Saúde, trabalho e renda e educação
2ª	Saúde, educação e infraestrutura
3ª	Saúde, educação e infraestrutura
4ª	Saúde, infraestrutura e educação
5ª	Saúde, trabalho e renda e educação
6ª	Saúde, infraestrutura e transporte
7ª	Saúde, educação e transporte
8ª	Saúde, infraestrutura, trabalho e renda
9ª	Saúde, habitação, trabalho e renda
10ª	Educação, habitação, trabalho e renda

11ª	Trabalho e renda, saúde e infraestrutura
12ª	Saúde, infraestrutura, trabalho e renda
13ª	Saúde, educação, trabalho e renda
14ª	Saúde, infraestrutura, trabalho e renda

Fonte: João Pessoa (2011).

O **Planejamento Democrático da LDO e LOA (2ª etapa)** foi realizado no mês de abril com o objetivo de reunir o Conselho do OD com os Secretários das pastas responsáveis pelas Prioridades eleitas nas Regiões para que as Prioridades e demandas de cada Região fossem sistematizadas na LDO e na LOA de 2011. Essa etapa contou com a participação dos conselheiros(as), delegados(as) regionais e secretários municipais.

Na terceira etapa – **Planejamento Democrático com Delegados** (Maio), cada Secretário apresentou o resultado do Planejamento Democrático da Lei Orçamentária Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias, realizado na 2ª etapa do Ciclo, ou seja, mostrou quais obras solicitadas pela população poderiam ser realizadas de acordo com as prioridades eleitas no início do Ciclo.

A **Assembleia Geral de Delegados(as) do Orçamento Democrático (junho)** apresentou o relatório das audiências regionais e do planejamento democrático. Além disso, foi feita a definição, organização e divulgação das Comissões de Delegados(as) para o Acompanhamento e Fiscalização das Obras e Serviços.

Nesse ano foram realizadas cinco **audiências setoriais** (5ª etapa) nos meses de agosto e setembro com o objetivo de apresentar (cada secretaria) o Projeto consolidado da LOA para 2011 e o Plano de Ações, Investimentos e Serviços para o exercício 2011.

Os temas norteadores das audiências setoriais foram: saúde (12 regiões); trabalho e renda (09 regiões); infraestrutura (08 regiões); educação (06 regiões) e habitação (02 regiões).

A sexta e última etapa – **avaliação e Planejamento** – (novembro e Dezembro) contemplou o Conselho, os delegados (as) e a equipe do Orçamento Democrático. Também foi realizado o planejamento do Ciclo do OD 2011 pela Equipe do OD em dezembro.

5.2.1.7 O ciclo do Orçamento Democrático em 2011

As **audiências regionais** (1ª etapa) aconteceram entre o dia 15 de março e 14 de abril com a participação do Prefeito e dos Secretários nas 14 regiões orçamentárias que compõem o Município de João Pessoa com o objetivo de mobilizar e organizar a população em torno das questões que devem nortear as diretrizes das políticas públicas municipais, que deveriam ser elaboradas e enviadas para a Câmara de Vereadores. De acordo com a coordenadoria do OD (2011, p. 6), essa etapa contou com “a participação de 3.737 pessoas nas catorze regiões orçamentárias”. Depreende-se, da Tabela 20, que a 6ª Região contou com maior número de participantes (450) e, a 2ª Região, o menor número (100).

Tabela 20 – Público participante nas Audiências Regionais por RO

Região Orçamentária	Público Participante	%
6ª RO	450	12,0%
5ª RO	399	10,7%
4ª RO	385	10,3%
11ª RO	356	9,5%
7ª RO	313	8,4%
8ª RO	312	8,3%
3ª RO	284	7,6%
14ª RO	246	6,6%
1ª RO	233	6,2%
9ª RO	213	5,7%
10ª RO	161	4,3%
12ª RO	161	4,3%
13ª RO	124	3,3%
2ª RO	100	2,7%
Total	3.737	100,0%

Fonte: Coordenadoria do OD (2011)

O principal critério de seleção da amostra para a análise do impacto distributivo do OD foi o número de participantes nas audiências regionais em 2011, assim, foram selecionadas as três regiões com o maior número de participantes (6ª, 5ª e 4ª).

Nesse momento, “acontece uma reunião em cada Região Orçamentária, na qual o Prefeito da cidade e os Secretários estão presentes para dialogar com a população” (COORDENADORIA DO OD, 2011, p. 3) que, através do formulário de

demandas e dos depoimentos colhidos, consegue externar suas necessidades/demandas, reclamações e elogios.

As demandas da população aparecem no relatório dessa etapa (COORDENADORIA DO OD, 2011) como solicitações que se apresentam, tanto nos depoimentos, quanto nas fichas de demandas e, posteriormente, são separadas em dois grupos de demandas: a) Demandas Estruturantes que se referem às Obras que precisam de um investimento de alto valor e para ser atendida é necessário que compoñham a LOA, e b) Demandas de Zeladoria, que são as ações e serviços que, por questão de urgência e/ou emergência de solução e por, normalmente, não precisarem de alto investimento financeiro, são atendidas cotidianamente, sem necessidade de aguardar para o ano seguinte.

A ficha de demandas foi entregue à população que precisava marcar com um X as três áreas que consideravam prioritárias na sua região; a escolha foi feita dentre uma lista apresentada nessa ficha: Cultura; Educação; Áreas de Lazer; Esportes; Geração de Emprego e Renda; Habitação; Infraestrutura; Limpeza Urbana; Meio Ambiente; Saúde; Trânsito e Transporte Público. Em seguida, cada participante tem a oportunidade de, na ficha de demanda, apontar uma obra para a sua região contanto que seja vinculada a uma das três prioridades apontadas anteriormente.

O resultado desse levantamento das demandas foi compilado pela coordenadoria do OD (2011) em um quadro-resumo das áreas temáticas indicadas pela população como prioridades nas 14 regiões, lembrando que essas áreas serão as definidoras para a continuidade do diálogo entre a população (através de seus representantes) e o governo (através das respectivas secretarias) tanto para o Planejamento Democrático quanto para as audiências populares setoriais.

Tabela 21 – Quadro-resumo das áreas temáticas indicadas como prioridade nas 14 Regiões Orçamentárias

Prioridade indicadas	Quant. de RO	%	Por ordem	Quant. de RO
Saúde	14	100,00%	1º	9
			2º	6
			3º	-
Geração de Emprego e Renda	9	64,29%	1º	1
			2º	4
			3º	4
Infraestrutura	8	57,14%	1º	3
			2º	3
			3º	2

Educação	8	57,14%	1º	1
			2º	2
			3º	5
Áreas de Lazer	3	21,43%	1º	-
			2º	-
			3º	3

Fonte: Coordenadoria do OD (2011)

A 2ª Etapa – **as Assembleias Populares Regionais** – ocorreu no mês de maio, quando foi realizada a eleição dos delegados para o mandato de dois anos. Nessa etapa foram eleitos 338 conselheiros regionais.

A 3ª Etapa – **a Assembleia Geral dos Conselheiros(as) do OD** – realizada em agosto, apresentou o resultado detalhado das obras e serviços solicitados para a Lei Orçamentária Anual do ano seguinte, de acordo com os formulários preenchidos nas audiências regionais, tendo sido definidos os temas e o calendário das audiências setoriais.

Por deliberação da plenária da assembleia, foi alterado o termo “delegado do OD” para “conselheiro regional do OD”; no entanto, a mudança se deu apenas no termo, posto que as atribuições continuaram as mesmas. A partir de então, para se diferenciar dos componentes do conselho do OD, sempre se faz a diferenciação entre conselheiro municipal (membros do COD) e conselheiro regional (antigos delegados).

No encaminhamento dos trabalhos da assembleia, as regiões se reuniram para a realização dos conselheiros municipais (01 Titular e 01 Suplente por região), composto por conselheiros regionais, representantes do Executivo e do Legislativo municipais. Além disso, cada região foi orientada a (re) definir suas respectivas Comissões de Fiscalização para o Acompanhamento das Obras e Serviços.

O **Planejamento Democrático** (4ª etapa) tinha o objetivo de sistematizar as prioridades e demandas de cada região para elaboração da LDO e da LOA, através do debate entre os diferentes Secretários e Técnicos e os conselheiros regionais e Conselheiros do Orçamento Democrático.

A 5ª Etapa – **audiências setoriais** – ocorreu em outubro com a participação de cada Secretaria das pastas dos temas definidos para fazer uma prestação de contas do que já foi feito no ano passado e, a partir das prioridades eleitas durante as audiências regionais, explicita o que será incluído na LDO e LOA de 2012.

Por fim, se deu a **avaliação e planejamento do OD** (6ª etapa) – em dezembro, quando foi realizada a avaliação do Ciclo do Orçamento Democrático com cada instância do OD: o Conselho do OD, os conselheiros regionais e a equipe do Orçamento Democrático. Os objetivos dessa etapa foram: avaliar a participação da população, da equipe do OD e da gestão como um todo, nas etapas do ciclo, do ponto de vista quantitativo e qualitativo; avaliar a eficiência da equipe, a eficácia da metodologia do OD na efetividade das ações, serviços e obras implementadas; avaliar o impacto da gestão democrática do governo popular e participativo nas seguintes esferas: melhoria da qualidade de vida; transformação da cultura político-organizacional da população, na sua relação com a sociedade civil organizada e participação do Prefeito, Secretários (as), conselheiros regionais e municipais do OD. Após as avaliações foi realizado o planejamento estratégico para as ações do novo Ciclo a ser iniciado no ano seguinte.

Um olhar cuidadoso para o desenvolvimento do ciclo do OD, em cada ano, permite perceber a flexibilidade que ocorre na metodologia aplicada no OD, e que algumas temáticas são centrais na discussão do processo orçamentário na cidade. As temáticas “saúde” e “infraestrutura” aparecem quase em todos os anos entre as três primeiras prioridades¹⁵, isso revela que o OD de João Pessoa, nos cinco primeiros anos de atuação, esteve voltado para questões básicas, pois a maioria das ações demandadas pelos participantes do OD está relacionada à melhoria das condições sanitárias e de saúde dos bairros. Considerando que a cidade de João Pessoa teve um processo de urbanização acelerada, excludente e impactante e que “cerca de 20% da população pobre de João Pessoa, em mais de 30 áreas de risco, ainda sobrevivem em regiões periféricas e insalubres, sem infraestrutura básica e longe das oportunidades de trabalho e renda” (SILVA, 2011, p. 3).

A principal mudança ocorrida na metodologia, ao longo dos anos, foi a criação do Planejamento democrático visando a acabar com um vazio existente entre a apresentação da demanda pela população e a finalização da Peça Orçamentária anual. A visão que a gestão tem do OD é que

Promove um debate democrático entre o governo municipal e a população, possibilitando que cidadãos e cidadãs **decidam** onde os recursos de investimentos da prefeitura serão aplicados (JOÃO PESSOA, 2011, p. 1, grifo nosso).

¹⁵ Apenas em 2008 a infraestrutura não ficou no grupo das três primeiras prioridades.

Nos ciclos anuais do OD vêm sendo contabilizada uma considerável participação da população nas etapas do processo, no entanto, não existe um mecanismo disponível para que a população exerça o controle social sobre a gestão municipal no sentido de que esta, através de suas secretarias, coloque na LOA exatamente aquilo que foi demandado pela população. Pensando em resolver este vazio foi que a coordenação do OD sugeriu o Planejamento democrático como uma etapa em que os delegados e os conselheiros teriam a oportunidade de, juntamente com os secretários municipais, se debruçarem sobre o quadro de demandas apresentadas no decorrer do processo.

5.2.2 Três momentos do Conselho Municipal de Saúde

A leitura das atas do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa e informações repassadas pela secretaria do CMS permitiu que fosse elaborada uma análise da participação do CMS focalizada em três momentos históricos definidos: o primeiro momento compreende os anos de 2001, 2002 e 2003; o segundo momento compreende os anos de 2004, 2005 e 2006, e o terceiro momento, os anos de 2007, 2008 e 2009.

A principal fonte de informações para a construção desse tópico foi o conjunto de atas de reuniões do CMS disponibilizadas pela secretaria do CMS em arquivo PDF. As atas das reuniões ordinárias e extraordinárias obedecem à mesma dinâmica: 1) informes da mesa/dos conselheiros; 2) apresentação da ordem do dia; 3) inversão ou acréscimo de pontos de pauta; 4) exposição dos pontos de pauta pela mesa, por conselheiros, por convidado ou por membro das comissões de trabalho; 5) discussão dos pontos de pauta; 6) aprovação, pela plenária, ou adiamento dos pontos de pauta para reunião posterior; e 7) acréscimos, críticas e denúncias. Outro aspecto interessante com relação às atas do CMS é que elas, juntamente com os relatórios e a documentação comprobatória, são encaminhados aos conselheiros com antecedência e, caso os conselheiros não concordem com alguma fala ou informação, se dirigem à secretaria executiva para a correção. Assim, as atas são

aprovadas à medida em que são assinadas pelos conselheiros presentes nas respectivas reuniões.

Considerando que o conselho de saúde de João Pessoa tem uma história de 23 anos de atuação, seria impossível, nessa análise, trabalhar-se com a totalidade de atas e de documentos acerca do CMS, por isso, o trabalho foi delimitado apenas à década de 2000, quando o cenário político da cidade de João Pessoa passou por uma transformação, ou seja, há uma transição na condução da gestão municipal que, durante muito tempo, esteve reservada aos grupos políticos representantes das oligarquias políticas dominantes no Estado da Paraíba para um grupo político que se considera mais democrático e aberto para ouvir os anseios da população e, com isso, mais aberto aos mecanismos de participação da população na gestão da cidade.

5.2.2.1 Primeiro momento: 2001-2003

No ano de 2001, as reuniões do CMS seguiram a sistemática definida pelo seu Regimento Interno de uma reunião mensal, no entanto, trabalhou-se, apenas, com as atas digitalizadas no momento da pesquisa de campo, ou seja, quatro atas, das quais três são referentes às reuniões ordinárias e a uma extraordinária, nas quais se constatou uma média¹⁶ de 16 (dezesseis) conselheiros que, através do uso da palavra, discutiram os seguintes pontos de pauta: apreciação e aprovação de atas das reuniões ordinárias e extraordinárias; apresentação; discussão e apreciação de projetos e programas relacionados à saúde (Norma Operacional da Assistência Social-2001, ouvidoria de saúde do município); posicionamento acerca da greve dos hospitais público; e apresentação, discussão e encaminhamentos de denúncias sobre irregularidades na composição e na eleição do CMS-JP.

Assim, as atas das reuniões do ano de 2001 revelaram uma ação deliberativa constante com o exercício da argumentação (ampla discussão das matérias por parte do conselho) e da decisão (resoluções e moções). As principais deliberações advindas das reuniões analisadas foram sistematizadas na Tabela 22.

¹⁶ O cálculo da média de conselheiros nas reuniões foi feito através da soma do número de participantes em cada reunião e o resultado foi dividido pelo número de reuniões.

Nesse sentido, as deliberações que aparecem nas atas da 44ª reunião (ordinária) e da 52ª (extraordinária) indicam um conflito entre os conselheiros e a gestão municipal, conflito este transparecido pelos embates e discordâncias entre o secretário de saúde e alguns conselheiros de saúde acerca de irregularidades na composição do CMS.

Tabela 22 – Atas do CMS 2001

ATA	TIPO	DATA	ENT	PAUTA	DELIBERAÇÕES
41ª	Ord.	03/ mai	-	Aprovação das atas 50ª e 51ª (extraordinárias); apresentação da NOAS-2001;	Aprovação, por unanimidade, das atas colocadas em votação; não foi feita uma discussão pelos conselheiros da NOAS/2001, apenas foi feita a exposição da NOAS/2001.
43ª	Ord.	05/ jul	15	Criação da ouvidoria de saúde do município; aprovação da ata 42ª (ordinária);	Aprovação, por unanimidade, da 42ª ata colocada em votação; criação de uma comissão para a elaboração da minuta, a ser enviada à CV, que cria a ouvidoria de saúde; debates e discussões acerca da composição, escolha, salário e carga horária do ouvidor; adiamento da discussão do relatório sobre o PAM.
44ª	Ord.	02/ ago	20	Greve dos hospitais; aprovação da minuta de criação da ouvidoria de saúde;	Constituição de uma Comissão, para intermediar as discussões sobre a questão da greve, nos Hospitais; Moção de Repúdio contra o Governo do Estado e em solidariedade aos Deputados Frei Anastácio e Ricardo Coutinho; o governo não respeita as deliberações do CMS ; conclui que houve negligência e imperícia sobre a <i>causa mortis</i> de uma usuária; a mesma comissão, responsável pela greve, fica também responsável por intermediar negociações com o prefeito as resoluções do conselho.
52ª	Extra.	26/ jun	15	Denúncia sobre irregularidades na composição e na eleição do CMS/JP.	Embates e discordâncias entre o secretário de saúde e alguns conselheiros acerca das irregularidades na composição do CMS e o atendimento nos hospitais da capital.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

As discussões e deliberações das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, no ano de 2001, como preconiza o Regimento Interno do CMS, foram sistematizadas em 15 Resoluções. Além das resoluções do CMS foi aprovada, também, uma Moção de Repúdio contra o Governo do Estado e em solidariedade aos Deputados Frei Anastácio e Ricardo Coutinho (JOÃO PESSOA, 2001).

Tabela 23 – Resoluções do CMS/2001

MÊS	Nº	ASSUNTO
FEV	03	Processo Seletivo para o Programa de Saúde da Família (PSF)
	04	Determinar o uso de Placas Indicativas de atendimento pelo SUS, em todos os estabelecimentos conveniados em João Pessoa.
MAR	05	Determinar a SESA, através da Divisão de Educação Comunitária e Materno-Infantil, a implantação do Centro de Referência de Assistência à Saúde da Mulher, em João Pessoa, com ações de Planejamento Familiar e de prevenção de DST/AIDS.
	06	Determinar, à SESA, o cumprimento integral das propostas do Relatório da Comissão desse Conselho sobre o desenvolvimento da Política de Medicamentos em João Pessoa.
	07	Determinar que a SESA, providencie, junto aos Diretores das UBSs e de outras Unidades de Saúde de João Pessoa, a afixação obrigatória, em locais visíveis, da relação de medicamentos recebidos, com a respectiva data de entrada, contendo as assinaturas dos responsáveis pela entrega e recebimento dos produtos, cuja cópia, atualizada a cada remessa, deverá ser enviada ao CMS.
JUN	10	Determinar o encerramento definitivo do processo seletivo de profissionais realizado no ano de 1999, para as primeiras sete equipes do PSF, no município de João Pessoa, anulando, assim, qualquer vinculação dele com a seleção para a ampliação desse Programa em 2001.
	11	Determinar a constituição de uma Comissão Permanente para avaliar o desempenho de toda a Rede Municipal de Saúde, levando em conta a eficácia dos serviços prestados, a adequação das condições físicas e a disponibilidade quanto aos recursos humanos, de cada Unidade de Saúde.
JUL	09	Determinar a liberação, junto às Entidades Representativas, de todos os membros deste Conselho, quanto às atividades profissionais no respectivo horário de trabalho, garantindo a presença dos Conselheiros nas sessões plenárias, ordinárias ou extraordinárias, bem como no decorrer de reuniões das Comissões de Trabalho, durante as quais estarão prestando importantes serviços de relevância pública.
	12	Determinar a equivalência entre o salário a ser concedido aos profissionais das 116 novas equipes do Programa de Saúde da Família e a atual remuneração do pagamento aos membros das sete primeiras equipes implantadas em João Pessoa.
AGO	08	Determinar a equivalência entre os valores das diárias pagas aos Conselheiros e as que são concedidas ao Secretário Municipal de Saúde.
OUT	13	Determinar que, na pauta das reuniões extraordinárias do CMS/JP conste, apenas, a ordem do dia, dispensando-se quaisquer informes, que ficarão restritos às reuniões ordinárias deste Conselho.
DEZ	14	Estabelecer o recesso das atividades do CMS no mês de Janeiro, período em que a Secretaria Executiva funcionará em meio expediente.
	15	Determinar que todos os pagamentos efetuados pela SESA, com recursos do SUS, entre eles a gratificação dos funcionários, sejam realizados até, no máximo, cinco dias antes de serem creditados, pelo Ministério da Saúde, na conta bancária do Fundo Municipal de Saúde de João Pessoa.
	16	Determinar a normatização, em âmbito municipal, da prescrição de medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotinas de serviços, por Enfermeiros lotados na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.
	17	Instituir a Cartilha dos Direitos do Paciente (Usuário(a)), em anexo, em toda rede de saúde de João Pessoa, bem como determinar a respectiva distribuição do documento, com a sociedade civil organizada, através do Conselho Municipal de Saúde, das Unidades de Saúde e outros locais ligados a essa área na capital Paraibana.

Fonte: CMS (2011)

Pelo volume de resoluções e pela consistência do conteúdo delas no ano de 2001, pode-se perceber que o CMS teve uma atuação consistente nesse ano, com acirradas discussões e com a definição de um leque de ações relacionadas à política de saúde; ou seja, o CMS, apesar das tentativas de interferências do

governo municipal, assume o seu caráter deliberativo e fiscalizador da política de saúde no município.

Nesse sentido, o CMS, através de seus conselheiros, faz valer as decisões tomadas *intra-muros* e luta pelo cumprimento do Regimento Interno. Assim, indignados com a postura autoritária do governo de descumprimento das resoluções do CMS, os conselheiros deliberaram acerca da criação de uma comissão para pressionar o governo no sentido de cumprir as determinações do CMS através de suas resoluções (JOÃO PESSOA, 2001). Vale lembrar, que o Regimento Interno do CMS assegura que “o Executivo é obrigado a cumprir as resoluções do conselho” (JOÃO PESSOA, 1997, p. 2).

No ano de 2002, foram analisadas três atas de reuniões ordinárias com participação média de 20 conselheiros. Os principais pontos de pauta das reuniões foram: a renovação do conselho e proposta de criação de 11 comissões permanentes, a escolha de conselheiros para participar de eventos na área da saúde, a apresentação e discussão de denúncias acerca da qualidade dos serviços de saúde prestados, o desbloqueio dos recursos para as diárias dos conselheiros para participação dos eventos e funcionamento do Centro de Zoonoses. Todas as reuniões foram iniciadas com uma rodada de informes da mesa diretora e dos conselheiros.

As discussões desenvolvidas nas reuniões do CMS, em 2002, se referiram: à escolha de conselheiros para participar de evento na área de saúde; à denúncia sobre a qualidade dos serviços prestados no Programa Saúde da Família do bairro São José; ao funcionamento do Centro de Zoonoses; ao secretário de saúde; e ao funcionamento das comissões de trabalho. Como se depreende dos dados da Tabela 24.

Tabela 24 – Resumo das atas de 2002

ATA	TIPO	DATA	ENT	PAUTA	DELIBERAÇÕES
52 ^a	Ord.	23/ jun	18	Recondução dos conselheiros das entidades – renovação do conselho; escolha de conselheiros para eventos na área da saúde; denúncia acerca da qualidade dos serviços prestados;	Escolha de 6 conselheiros para cada evento na área de saúde; criação de uma comissão para apurar denúncia sobre a qualidade dos serviços prestados no PSF do Centro de Saúde do bairro São José; criação de uma comissão para apreciação de documento com lista dos beneficiários do bolsa-alimentação;

53 ^a	Ord.	06/ jun	21	Proposta de criação de 11 comissões permanentes; informes: orçamento para 2002, decreto aprovado pelo prefeito sobre a concessão de diárias aos conselheiros;	Cada conselheiro só poderia participar de no máximo 2 comissões; respeito da paridade na constituição as comissões; criação de 8 comissões de trabalho; cada comissão terá 1 mês para entregar o relatório de análise das matérias e será composta por 3 membros;
54 ^a	Ord.	05/ jul	21	Desbloqueio dos recursos para as diárias dos conselheiros; funcionamento do centro de zoonoses;	Encaminhamento de proposta de inclusão de um veterinário de plantão no centro de Zoonoses ao secretário de saúde; o CMS não tem poder de questionar os valores das diárias; as comissões de constituição e justiça e de gestão de administração financeira vão elaborar um plano de diárias para os conselheiros.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Não foi possível identificar-se a existência de embates diretos entre o CMS-JP e o governo a partir das atas das reuniões realizadas em 2002, dado o reduzido número de atas, no entanto, o quadro de resoluções do CMS, nesse ano, aponta três resoluções que não foram cumpridas pelo governo. Dessa forma, o governo municipal “insiste” em descumprir as determinações do Regimento Interno do conselho.

Tabela 25 – Resoluções do CMS/2002¹⁷

MÊS	Nº	ASSUNTO
FEV	01(*)	Definição dos Salários de R\$ 2.500,00 (Dois Mil e Quinhentos Reais) e R\$ 800,00 (Oitocentos Reais), respectivamente, para os Odontólogos e Auxiliares de Gabinete Odontológicos, que integrarão as quarenta primeiras equipes de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família em João Pessoa.
	02(*)	Aprovação da inserção de 40 (quarenta) equipes de Saúde Bucal, no Programa de Saúde da Família de João Pessoa.
MAR	03(*)	Anulação do edital de Convocação de Eleições, datado de 26/02/2002, assinado pelo Presidente deste Conselho, Sr. Antonio Isídio da Silva, que divulgava processo eleitoral no próximo dia 02 de maio, para a composição do CMS/JP, referente ao biênio 2002/2004, bem como ofício enviado para várias Entidades, divulgando a referida eleição; Recondução das Entidades que já compõem o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, por mais um biênio, de 2002 a 2004, ao final do qual serão realizadas eleições para uma nova composição desse Conselho.
	08	Aprovação da Portaria N.º 014/2002, do Secretário Municipal de Saúde, que nomeia Técnicos dessa Secretaria de Saúde e suas respectivas atribuições, para comporem uma Comissão que selecionará os Agentes Comunitários de Saúde, os quais integrarão as novas equipes do Programa Saúde da Família.
JUN	07	Constituição de oito Comissões Permanentes de Trabalho, quais sejam: Acompanhamento das Ações Preventivas em Saúde; Acompanhamento do PSF; Acompanhamento da Rede Hospitalar e Ambulatorial de João Pessoa; Órtese e Prótese; Constituição e Justiça; Acompanhamento do PEVA; Acompanhamento da

¹⁷ As resoluções que contêm asterisco (*) não foram homologadas pelo Prefeito da Capital, até a emissão desse documento.

		Implantação e Implementação do Projeto do Centro de Referência de Assistência à Saúde da Mulher, com Ações do Planejamento Familiar, no Instituto Cândida Vargas - João Pessoa, bem como o acompanhamento da implementação de 04 (Quatro) Centros de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva com enfoque no planejamento familiar, de acordo com Proposta do Ministério da Saúde, em atendimento aos preceitos da Lei N.º 9.263/1996; Gestão Administrativo-Financeira;
AGO	06	Aprovação da Reestruturação do Departamento de Controle, Auditoria e Avaliação (DCAA) da Secretaria Municipal de Saúde, com a criação de Comissões de Auditores nas seguintes Áreas: Oncologia; Nefrologia; Órtese e Prótese; Tratamento Fora de Domicílio; Medicamentos de Alto-Custo e de Terapia Renal, bem como a constituição de novos departamentos, chefias, farmácias de órtese e prótese.

Fonte: CMS (2011)

A tabela 25 demonstra uma atuação constante dos conselheiros na sua função de fiscalização, acompanhamento e avaliação do funcionamento dos serviços de saúde, quer seja através da participação nas comissões de trabalho, quer através da participação nas discussões do conselho.

Concernentemente ao ano de 2003, foram analisadas, ao todo, treze atas, das quais oito foram pertinentes a reuniões ordinárias e cinco de reuniões extraordinárias. A participação (frequência) média dos conselheiros nas reuniões foi de 18 conselheiros por reunião.

Os pontos de pauta das reuniões ordinárias e extraordinárias de 2003 foram: apresentação de denúncia contra hospitais e falta de medicamentos nos postos de saúde; apresentação e apreciação da proposta de ampliação de equipes de saúde bucal; preparação da IV Conferência Municipal de Saúde (escolha de 10 delegados e aprovação do novo regulamento da conferência), apresentação e apreciação dos pareceres das comissões de trabalho sobre o relatório de gestão da saúde e sobre diversas matérias e aprovação do calendário das reuniões do conselho para 2004.

A Conferência Municipal de Saúde é uma instância participativa que divide, com o CMS-JP, as principais decisões acerca da saúde do município, como se pode observar através das pautas das reuniões descritas acima, uma atribuição do conselho é a preparação e condução do processo de realização da Conferência Municipal de Saúde. No entanto, no momento pretérito, a participação dos conselheiros de saúde na conferência se dava por delegação. Prerrogativa que foi revogada quando da revisão do Regimento Interno do CMS-JP em 2007 ao entender e determinar que todos os conselheiros de saúde passam a ser membros natos da conferência de saúde em âmbito municipal.

As discussões acirradas descritas nas atas das reuniões do CMS-JP de 2003 revelam o reaparecimento explícito do conflito entre alguns conselheiros e o

governo, conflito este explicitado no seguinte excerto, colacionado a partir de uma das atas, de um conselheiro: "[...] existe subserviência por parte dos conselheiros ao governo e ao secretário" (CMS, 2003, p. 5).

Tabela 26 – Resumo das atas do CMS/2003

ATA	TIPO	DATA	ENT	PAUTA	DELIBERAÇÕES
61 ^a	Ord.	08/ mai	19	Apresentação de relatório das comissões de trabalho;	Conflitos e embates de ideias entre os conselheiros; "[...] existe subserviência por parte dos conselheiros ao governo e ao secretário"; discussão de problemas específicos das entidades representadas; aprovação dos relatórios da comissão de trabalho;
62 ^a	Ord.	05/ jun	15	Termo de pedido de cessão de uso e pessoal do Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos; informes;	Identificação de carência de recursos humanos no Centro; ao aproveitamento do local; prazo de 60 dias para o centro começar a funcionar ligado ao município.
63 ^a	Ord.	03/ jul	22	Informes, apresentação de denúncia contra o hospital Protocor; falta de medicamentos nos postos de saúde;	Encaminhamento de pedido de habilitação do município na gestão plena de saúde;
64 ^a	Ord.	14/ ago	24	Informes; apreciação da proposta de ampliação de equipes de saúde bucal	Aprovação da ampliação da saúde bucal nas ESFs;
65 ^a	Ord.	04/ set	21	Deliberação do parecer das comissões de trabalho	Proposta de inclusão de acupunturistas e homeopatas nas policlínicas; aprovação do parecer da comissão sobre o plano de metas DST/AIDS; aprovação do projeto de ampliação do trabalho nas policlínicas de pedido de habilitação do município na gestão plena de saúde;
66 ^a	Ord.	30/ set	28	Escolha de 10 delegados para a IV CMS; aprovação do novo regulamento da IV Conferência;	Importância da participação do conselho na Conferência; denúncias de irregularidades nas conferências distritais; discussão e aprovação do novo regulamento da IV Conferência; levantamento de nomes e temas para a IV Conferência;
67 ^a	Ord.	06/ nov	15	Deliberações de pareceres das comissões de trabalho sobre o relatório de gestão e o quadro de metas	Denúncias dos conselheiros de que o conselho está sendo desconsiderado e suas determinações descumpridas; os pareceres foram discutidos, mas não foram aprovados por alguns conselheiros pedirem vistas ao processo.
68 ^a	Ord.	04/ dez	12	Aprovação do calendário das reuniões do conselho para 2004; pareceres das comissões de trabalho	Pareceres dos relatórios favoráveis nos dois processos e aprovação dos conselheiros
72 ^a	Extra	05/ jun	18	Termo de pedido de cessão de uso e pessoal para todas as unidades de assistência básica do estado	Foram discutidos temas que estavam relacionados à pauta da reunião

73 ^a	Extra	24/ jul	21	Realização de um fórum para discussão da questão dos medicamentos	Discussão do projeto de expansão e consolidação do PSF, não foi aprovado, ficou designado um conselheiro para dar parecer na reunião seguinte
74 ^a	Extra	28/ jul	15	Discussão do projeto de expansão e consolidação do PSF pela relatora	Apresentação do relatório e propostas de reformulação do plano de expansão e consolidação do PSF, discordâncias dos conselheiros acerca da expansão; solicitação da inserção de assistentes sociais, psicólogos e nutricionista nas ESFs; as localidades de implantação das equipes devem ser definidas pelo conselho.
75 ^a	Extra	28/ ago	13	Apreciação do Parecer da Comissão de Gestão Administrativa Financeira sobre os cinco Projetos	Discussão sobre as regras de funcionamento do conselho, o qual não aceita votar sob pressão, sem conhecimento das matérias; discussão de temas específicos das entidades.
76 ^a	Extra	16/ set	16	Deliberação sobre o parecer em relação ao Pleito do Hospital Napoleão Laureano, ao Projeto encaminhado pela Instituição FEC, para liberação de emendas parlamentares, através do Ministério da Saúde;	Leitura, discussão e aprovação dos pareceres da comissão de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Nesse ano, as deliberações principais do CMS-JP estiveram ligadas ao funcionamento do conselho e de suas comissões de trabalho, ao funcionamento de serviços de saúde (Centro de Zoonoses, Hospitais), à discussão e aprovação de projetos e programas de saúde (saúde bucal, acupunturistas, homeopáticos, DST-AIDS e PSF), à apresentação de denúncias de irregularidades nas conferências distritais de saúde, discussão e aprovação do novo regulamento da IV Conferência Municipal de Saúde, denúncias dos conselheiros de que o conselho está sendo desconsiderado e suas determinações descumpridas. Sendo assim, mais uma vez, o CMS-JP discute as regras de seu funcionamento e a possível interferência do governo municipal na dinâmica do conselho, segundo discorre um conselheiro: “[...] o conselho não aceita votar sob pressão, sem conhecimento das matérias” (CMS, 2003, p. 09).

A forma regimental de lidar com as deliberações do CMS é através de resoluções, no entanto, nem todas as deliberações do conselho são transformadas em resoluções, só aquelas mais gerais, que dizem respeito às decisões mais importantes tomadas pelo conselho e que merecem ser homologadas pelo governo municipal. No ano de 2003, o CMS elaborou 10 (dez) resoluções referentes à

aprovação de planos e programas de saúde, ao funcionamento dos hospitais e demais serviços de saúde e à aprovação de relatórios e quadros de metas da secretaria municipal de saúde.

Tabela 27 – Resoluções do CMS/2003

01	Aprovar o Termo de Pedido de Cessão de Uso e Pessoal do Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos para a gerência do Município de João Pessoa.
02	Aprovar o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família no Município de João Pessoa com uma nova redação para alguns itens, cujas alterações encontram-se na Resolução em anexo.
03	Aprovar os Projetos abaixo relacionados, com uma nova redação no item de Recursos Humanos das Policlínicas, cuja alteração se encontra abaixo especificada: • Policlínica de Cruz das Armas (Distrito Sanitário I); • Policlínica Vanildo Guedes (Distrito Sanitário II); • Policlínica Francisco das Chagas Soares (Distrito Sanitário III); • Policlínica das Praias (Distrito Sanitário V); • Projeto de Adequação e Modernização do Hospital Geral Santa Isabel; • Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). ALTERAÇÃO NOS RECURSOS HUMANOS DAS POLICLÍNICAS: Inserção, no quadro de servidores, de Médicos Acupunturistas e Homeopatas.
04	Aprovar os seguintes projetos para o Hospital Filantrópico Padre Zé: • Implantação do Centro de Imagem; • Modernização e Adequação da Farmácia Básica.
05	Aprovar o PLANO DE AÇÕES E METAS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, no âmbito de DST/AIDS.
06	Aprovar os seguintes Projetos da Instituição Filantrópica “Fé, Esperança e Caridade” - FEC: • Aquisição de uma Unidade Móvel de Saúde Médica Odontológica, no valor de R\$ 105.800,00 (Cento e Cinco Mil e Oitocentos Reais); • Aquisição de uma Unidade Móvel de Saúde Autopropelida Versão Oftalmológica e Óptica, no valor de R\$ 700.000,00 (Setecentos Mil Reais).
07	Aprovar o pleito do Hospital Napoleão Laureano para liberação das seguintes emendas parlamentares • Emenda N.º 22840007, no valor de R\$ 20.000,00 para aplicação em custeio; • Emenda N.º 35310001, no valor de R\$ 150.000,00 para aquisição de equipamentos; • Emenda N.º 35280001, no valor de R\$ 100.000,00 para aplicação em custeio.
08	Aprovar o pleito do Hospital Napoleão Laureano, junto ao Ministério da Saúde, para a aquisição dos equipamentos finais com vistas ao funcionamento da Unidade de Terapia Intensiva deste Nosocômio, cuja relação de equipamentos consta anexada a esta Resolução, totalizando um valor de R\$227.835,00 (Duzentos e Vinte e Sete Mil, Oitocentos e Trinta e Cinco Reais).
09	Aprovar o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, exercício 2002.
10	Aprovar o Quadro de Metas da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, exercício 2003.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Dessa forma, neste primeiro recorte temporal de atuação do CMS analisado, é perceptível uma disputa entre o CMS-JP e o governo, apesar da composição paritária do conselho, as discussões se acirram e os representantes da sociedade civil (representantes dos trabalhadores e usuários) apresentam acusações nas reuniões, de que o CMS-JP não está sendo respeitado em seu Regimento Interno e

que o governo municipal “teima” em não fazer valer as resoluções do CMS-JP. Além do mais, nesse momento, são recorrentes os embates e discordâncias entre o secretário de saúde (membro nato do conselho) e alguns conselheiros acerca das irregularidades na composição do CMS-JP.

5.2.2.2 Segundo momento: 2004-2006

O segundo momento que compreende os anos de 2004, 2005 e 2006 corresponde ao momento da transição na condução política da cidade de João Pessoa. O fato de o conselho de saúde ser legalizado por uma lei federal (Lei n. 8.080/8.142/1990) não permitiu que a mudança de gestão modificasse muito a dinâmica de funcionamento do CMS. A própria legislação que regulamenta o conselho recomenda que o mandato dos conselheiros (de dois anos) não coincida com o mandato do gestor municipal, para que o conselho não sofra mudanças bruscas na composição do conselho nos momentos de transição política. Mesmo assim, há uma alteração na composição do conselho quando um novo gestor municipal assume, haja vista que parte do conselho (25%) é composta por representantes do governo e, dentre estes representantes, estão os que advêm do governo municipal que são, normalmente, cargos de confiança e, por isso, mudam quando a gestão é renovada.

No ano de 2004 foram identificadas e analisadas 6 (seis) atas de reuniões do CMS, sendo cinco ordinárias e uma extraordinária e contou com a participação média de dezoito conselheiros por reunião, representantes das várias entidades com assento no conselho.

Os assuntos apresentados nas pautas das reuniões estiveram ligados ao funcionamento dos serviços de saúde do município, com destaque para a inserção da saúde bucal nas equipes do PSF, à estruturação das comissões de trabalho do conselho e à aprovação do Regimento Interno da III Conferência Municipal de Saúde Bucal, bem como a discussão do processo eleitoral do conselho para o biênio 2004-2006.

No tocante às deliberações resultantes das discussões travadas pelos conselheiros nas reuniões, destaca-se a discussão da política de saúde, principalmente, do PSF no município, e de demais programas e projetos vinculados à política de saúde.

Outro ponto que esteve presente nas discussões do conselho foi o funcionamento das comissões de trabalho do conselho em que foi deliberada a criação de 10 comissões de trabalho.

Tabela 28 – Resumo das atas do CMS em 2004

Ata	Tipo	Data	Ent.	Pauta	Deliberações
69 ^a	Ord.	05/ dez	22	Apresentação sobre o funcionamento do Centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos; apresentação sobre o acordo firmado e integrado	O centro de Saúde Teixeira de Vasconcelos vai ser usado como referência de saúde do trabalhador, referência para os idosos; DST/AIDS; PPI - alguns municípios não passam a referência para JP e isso dificulta a gestão, pois os municípios ficam com os recursos do MS e repassam os pacientes para JP;
70 ^a	Ord.	04/ mar	15	Esclarecimentos da Diretora de Promoção à Saúde, Dra. Maria das Graças Martins de Araújo, sobre o PSF implantado em João Pessoa.	180 equipes de saúde bucal; avaliação geral do PSF no município
71 ^a	Ord.	01/ abr	22	Deliberação sobre a Minuta de Resolução N.º 01/2004 - CMS/SMS que trata da implantação dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde da Família (PSF)	A Comissão de Gestão Administrativa e Financeira deste Conselho, juntamente com os Conselheiros interessados, reunir-se-ão para elaborar um parecer com as diretrizes sobre este assunto para posterior apresentação a este Plenário.
72 ^a	Ord.	06/ mai	16	Apreciação do Relatório sobre a situação do recebimento de medicamentos distribuídos através do Programa Hiper-Dia; Conferência Nacional em Ciência, Inovação e Tecnologia em Saúde; Discussão sobre o Processo Eleitoral do CMS-JP, com vistas ao biênio 2004/2006.	Critérios para as eleições do CMS 2004-2006; relatório sobre a situação de recebimento dos medicamentos de hiper-dia em casa – ampla discussão e discordâncias
73 ^a	Ord.	03/ jun	19	Composição das Comissões Permanentes de Trabalho do Conselho Municipal de Saúde.	Criação das 10 comissões do CMS
80 ^a	Extra	29/ abr	13	Deliberação sobre o Regimento da III Conferência Municipal de Saúde Bucal	Votação do regimento da conferencia de saúde bucal

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Nesse ano, pela leitura das atas analisadas, não foi possível identificar conflitos explícitos entre a gestão municipal e o CMS, no entanto, a 69ª ata (ordinária) evidencia um conflito entre alguns conselheiros. O conflito se estabeleceu quando um conselheiro (representante do sindicato dos administradores) usou a mídia local para denegrir a imagem de outros membros do CMS/JP, fazendo acusações de que três sindicatos (SINDODONTO, SIMED e SINDSAÚDE) estavam comprometidos com o governo (CMS, 2004).

O referido assunto foi amplamente discutido no conselho e a maioria dos conselheiros se posicionou contra os argumentos apresentados pelo conselheiro denunciante, que se apresentou na mídia como conselheiro de saúde quando na verdade já não comparecia às reuniões do Conselho e, de acordo com o Regimento Interno do CMS, já devia ter sido expulso pelo fato de ter sido contabilizadas cinco faltas alternadas.

Dessa forma, um problema recorrente nas reuniões do conselho – discussão de problemas específicos às entidades com assento no conselho –, ultrapassou o âmbito do conselho e chegou aos meios de comunicação, e conseqüentemente, à sociedade pessoense.

No ano de 2004 foi realizada uma capacitação para os conselheiros de saúde no período de 11 a 14 de março, e foram disponibilizadas 10 (dez) vagas para este Conselho (CMS, 2004). Vale ressaltar que a capacitação dos conselheiros é uma demanda de grande maioria dos conselhos gestores, no intuito de romper com a lógica tecnicista que se estabelece em muitos conselhos de que o saber técnico é que prevalece na hora das discussões. Assim, essa limitação de participação (10 conselheiros) termina sendo um problema, pois não foi falado nada acerca dos critérios de seleção desses conselheiros para participarem da capacitação.

As principais deliberações do conselho de saúde, nesse ano, foram encaminhadas ao Executivo e às entidades competentes em forma de resolução, que é a forma regimental de tomada de decisões. Ao todo, entre os meses de fevereiro e novembro, foram elaboradas nove resoluções referentes ao credenciamento/descredenciamento e funcionamento de hospitais, clínicas e programas de saúde, à aprovação de recuperação do Lixão do Roger e ao pagamento, pela secretaria de saúde, de ressonâncias magnéticas para usuários.

Tabela 29 – Resoluções do CMS/2004

Mês	Número de Resoluções
Fevereiro	01 – Aprovar o descredenciamento, junto à Secretaria Municipal de Saúde, do PRONTOCOR – Pronto Socorro Cardiológico Ltda., no tocante à prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva, transferindo o convênio para a UNIRIM – Unidade de Doenças Renais.
	02 – Aprovar o credenciamento, junto à Secretaria Municipal de Saúde, do Hospital UNIMED – Cooperativa de Trabalho Médico, para a realização de captação e transplante de fígado.
	03 – Aprovar o credenciamento, no SUS, junto à Secretaria Municipal de Saúde, da Clínica José Lacet de Lima, para a realização de procedimentos de alto custo nas áreas de Cirurgia Oral (implantes e dentes inclusos), Reabilitação Protética e Ortodontia em Pacientes portadores de deformidades e disfunções crânio-faciais.
	04 – Aprovar a ampliação e implantação de 36 (trinta e seis) Equipes do Programa de Saúde da Família, 18 (dezoito) Equipes de Saúde Bucal, além da convocação de 180 (cento e oitenta) Agentes Comunitários de Saúde, que irão compor as citadas equipes.
Junho	05 – Aprovar o Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna Neo-Natal PROESF/PACTO – 2004 apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.
Agosto	06 – Artigo 1º - Fica sob medida a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde o pagamento mensal de até 100 (cem) procedimentos de Ressonância Magnética, no valor unitário de R\$ 330,00 (trezentos e trinta reais). Artigo 2º - Conforme acordo firmado entre os Gestores – Estadual e Municipal, o Pagamento dos procedimentos mês será de acordo com os valores da Tabela SAI/SUS que é igual a R\$ 268,75 (duzentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), complementados administrativamente pelo Município de João Pessoa com o valor Unitário de R\$ 61,25 (sessenta e um reais e vinte e cinco centavos) advindos da diferença entre os cálculos da Tabela S IA/SUS e o valor do repasse do comando único. Artigo 3º - Os valores abordados nesta Resolução entrarão em vigor a partir da competência junho/2004.
Agosto	07 – Artigo 1º- Autorizar o Hospital Napoleão Laureano a prestar serviço de Alta Complexidade em saúde Auditiva para os usuários de João Pessoa. Artigo 2º - O pagamento dos serviços prestados pelo Hospital Napoleão Laureano será realizado com recursos do orçamento do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, ou seja, valor extrateto da Secretaria Municipal de Saúde.
Setembro	08 – Aprovar o Projeto Executivo de Recuperação Ambiental do Lixão do Roger para João Pessoa/PB e o respectivo Plano de Trabalho, apresentados pela Autarquia Especial Municipal de Limpeza Urbana – EMLUR.
Novembro	09 – Aprovar o pleito do Hospital Napoleão Laureano para a liberação das seguintes emendas parlamentares: Emenda nº 12680006, no valor de R\$ 12.000,00 aplicação em custeio; Emenda nº 20270006 , no valor de R\$ 80.000,00 auxílio financeiro para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes.

Fonte: CMS (2011)

Em 2005 apenas três atas foram analisadas, uma ordinária e duas extraordinárias com uma participação média de dezoito conselheiros que discutiram uma pauta relacionada à reorganização das comissões de trabalho do conselho e à proposta de reformulação do Regimento Interno do Conselho a ser encaminhado ao

prefeito Ricardo Coutinho, além disso, foram discutidos temas relacionados à gestão e fiscalização de planos, programas e projetos de saúde (PAM DST/AIDS).

As deliberações resultantes das discussões dos pontos de pautas propostos evidenciaram uma fragilidade no funcionamento das comissões de trabalho do conselho. O funcionamento e reorganização das comissões de trabalho é um tema recorrente nas reuniões do conselho e na 89ª (extra) são registrados alguns depoimentos de conselheiros provocando o presidente do conselho no sentido de forçar a intensificação do trabalho das comissões e que as referidas comissões de trabalho cumpram o seu papel dentro do conselho. Conforme apontado por um conselheiro:

Senhor presidente [...] eu pelo menos senti muita dificuldade de acompanhar o trabalho das comissões, **eu faço parte de três comissões** e efetivamente apenas uma demonstrou motivação e interesse pela convocação de seu presidente, que no caso é a de Hiper-Dia. A da Rede Hospitalar, nós tentamos várias vezes fazer reunião e não conseguimos articular os membros, o presidente não chamava para a reunião, então isso trouxe muita dificuldade e eu acho que a gente deve repensar o que é que a gente está fazendo para ver se tem uma melhor atuação, afinal, para fazer valer o que a gente está aqui para fazer. A outra comissão que faço parte, que é a de Constituição e Justiça, na verdade nós nunca fomos chamados, não sei se porque não houve necessidade para opinar sobre matéria que requeresse avaliação nesse sentido, agora eu acho que a gente deveria reavaliar o nosso posicionamento, já que temos autonomia e autoridade de repensar o que está fazendo, eu proponho que víssemos a **possibilidade de não ter comissões grandes, que elas fossem compostas por apenas três pessoas**, que os presidentes realmente a convocassem para uma primeira reunião, para que fizéssemos **um plano do que atuar** naquele momento e em terceiro lugar que se tenha **prazos** para as tarefas que se pactue fazer (CMS, 2005a, p. 7).

A intervenção do conselheiro revela a necessidade de reestruturação das comissões de trabalho do CMS-JP e aponta alguns problemas (a sobrecarga de tarefa dos conselheiros e falha na condução das comissões) e possíveis soluções (comissões menores, elaboração de um plano de trabalho com prazos determinados para discussão das atas). As falhas existentes no funcionamento do conselho constituíram um dos pontos a serem considerados no processo de reformulação do Regimento Interno do Conselho, pois, se a dinâmica de funcionamento do conselho depende do trabalho dessas comissões, nada mais coerente do que reestruturar as

comissões de trabalho para garantir o bom funcionamento do conselho como um todo.

Depois de ampla discussão no âmbito do conselho sobre os problemas no funcionamento das comissões de trabalho e da tomada de consciência por parte dos conselheiros acerca da importância delas quanto à melhoria da qualidade de serviços prestados pelo SUS, ficou determinado que “[...] as comissões se reúnam para o cumprimento de suas atribuições regimentais e encaminhem parecer para o conhecimento e aprovação do Pleno, garantindo melhor resolatividade das ações do CMS-JP” (CMS, 2005b, p. 3).

Tabela 30 – Resumo das atas do CMS/2005

Ata	Tipo	Data	Ent.	Pauta	Deliberações
88ª	Ord.	07/ set	21	Análise e Aprovação da proposição da Malungus – Organização Negra da Paraíba, conforme Ofício nº 060 / 2005 CE, de 06 de Junho de 2005; Análise a aprovação da Emenda nº 12110008, de 18 de agosto de 2005, conforme Ofício HNL/DIR/Nº 025/2005, do Hospital Laureano, e anexo de 25 de agosto de 2005;	Fica aprovado que, a Comissão de Trabalho de Justiça e Cidadania do CMS-JP, juntamente com conselheiros(as) de outras comissões, interessados, analisem e formulem uma proposta sobre a propositura do Prefeito Ricardo Coutinho, de 07/01/2005, que visa reformular o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa,
88ª	Extra	15/ mar	14	Aprovação do PAM-DST/AIDS; avaliação do projeto de instalação de 2 residências terapêuticas no município	Aprovado o Projeto do Plano de Ações e Metas – DSTs/aids – 2004/2005, aprovado o Projeto de Instalação de Duas Residências Terapêuticas no Município de João Pessoa; aprovado o Projeto de Instalação de Um CAPS II; foi pedido vistas do Projeto Para Ampliação das Ações em Saúde do Trabalhador; Deliberado pela permanência do endereço-sede do CMS-JP, dentro das instalações do endereço-sede da SESAU;
89ª	Extra	09/ jun	16	Definição dos membros das comissões de trabalho;	Comissão das ações preventivas em saúde; Comissão para o acompanhamento do PSF; de acompanhamento da rede hospitalar e ambulatorial /SUS; de órtese e prótese; de constituição e justiça; de acompanhamento do programa epidemiológico de vigilância ambiental; de acompanhamento do programa saúde da mulher; de acompanhamento da gestão administrativo-financeira; de acompanhamento das políticas de medicamentos; de acompanhamento do programa hiper-dia;

90ª	extra	19/ jul	19	Escolha de 2 conselheiros pra compor a comissão preparatória à II conferência de saúde do trabalhador; analise e/ou recomendação sobre o núcleo dos portadores de deficiência.	Escolha de duas conselheiras para participarem da 2ª Conferência Municipal em Saúde do Trabalhador de JP; Duas comissões (Órtese e Prótese e Constituição e Justiça) analisem o suposto descumprimento da Lei 7.170 por parte do executivo e emitam parecer para o conhecimento e deliberação do Pleno em sua próxima reunião.
-----	-------	------------	----	--	--

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Nesse sentido, a sistematização das decisões do CMS-JP, no de 2005, foi feita através de 19 (dezenove) resoluções, 4 (quatro) recomendações e 4 (quatro) moções.

As resoluções versaram sobre o funcionamento do conselho, mais especificamente, quanto à definição do local da sede do conselho e definição de critério para a realização das reuniões itinerantes do conselho. A sede do conselho de saúde estava localizada nas dependências da Secretaria de Saúde (ainda continua hoje) e isso foi motivo de acirradas discussões no conselho, pois uma parte dos conselheiros entendia que essa proximidade física do conselho com a secretaria de saúde poderia comprometer a autonomia do conselho, no entanto, a maioria deliberou pela permanência da sede do conselho na secretaria.

Além disso, foram elaboradas resoluções sobre a aprovação de planos, programas, convênios de Hospitais públicos e demais serviços de saúde. Duas das resoluções elaboradas pelo conselho (a de número 1 e a de número 17) não foram homologadas pelo Governo. Dessa forma, o governo descumpre uma prerrogativa regimental de que o Executivo está obrigado a cumprir as resoluções elaboradas no âmbito do conselho.

Tabela 31 – Resoluções do CMS/2005

MÊS	RESOLUÇÃO Nº
Jan.	01 - Não homologada
Mar.	02 - Aprovar o Plano de Ações e Metas do Município de João Pessoa, no âmbito das DST/AIDS – 2004 / 2005. 03 - Aprovar o Projeto de Implantação do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), e o Projeto de Serviços Residenciais Terapêuticos, no âmbito da Saúde Mental no Município de João Pessoa – Paraíba. 04 – Aprovar a Permanência Do Endereço - Sede do Conselho Municipal de Saúde – JPA, dentro das instalações do endereço-sede da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – SMS / JPA, haja vista a localização e infraestrutura necessária e adequada para os trabalhos deste conselho. 05 – Aprovar que, o Hospital Universitário – HU / UFPB, seja credenciado, pela Secretaria de Saúde de João Pessoa/Pb, Junto ao SUS-JPA, para receber recursos

	financeiros pelos serviços prestados na assistência aos portadores do vírus HIV, cujas ações já vem sendo desenvolvidas pelo supracitado Hospital através do Serviço de Atendimento Especializado – SAE. 06 – Aprovar que, durante as reuniões do CMS-JP, seja definido o local, a data e o horário, para reuniões itinerantes nos bairros de João Pessoa, a partir da confirmação prevista de local, data e horário.
Abr.	07 – Aprovar o Projeto Para a Implantação de 01 (um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CRST/REGIONAL, na primeira Macro—Região da Paraíba, no Município de João Pessoa. 08 - Aprovar a proposta de estabelecimento de novos critérios do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências – SAMU, através da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – SMS - JPA, da contrapartida dos municípios do Módulo Assistencial, e da Região Metropolitana de João Pessoa/PB, assim como de outros municípios paraibanos previstos.
Mai.	09 - Aprovar o Projeto de Fluoretação da Água de Abastecimento Público do Município de João Pessoa / SMS-JPA/PB. 10 – Aprovar a criação de um “Link” do Conselho Municipal da Saúde, através de “Site” da Secretaria Municipal da Saúde/PMJP, ficando a Secretaria Executiva do CMS-JP, responsável pela produção e manutenção da página virtual.
Jul.	11 - Aprovar o Regimento da 2ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE JOÃO PESSOA e escolher as conselheiras Joana Batista Oliveira Lopes e Tereza Cristina Davi Marques, como representantes do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, para a Comissão Executiva da supracitada conferência.
Set.	12 - Aprovar a inclusão do quesito RAÇA/ETNIA/COR: NEGROS (), BRANCOS (), AMARELOS (), ÍNDIOS (), PARDOS (), da forma supracitada, no sistema de informação de usuários e servidores, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, para a auto-identificação, visando a melhor resolutividade nas políticas de saúde, em atenção aos usuários(as) cidadãos(ãs) do Sistema Único de Saúde (SUS - JPA), dos diversos segmentos Etno-Raciais, que constituem a população pessoense. 13 - Aprovar a Emenda Parlamentar Nº 12110008, no valor de R\$ 30.000,00, destinada ao HOSPITAL DE CÂNCER NAPOLEÃO LAUREANO, DA FUNDAÇÃO LAUREANO, conforme ofício HNL/DIR/ N º 025/2005, de 18/08/2005, para a aquisição da droga quimioterápica rituximab 500mg/50ml injetável, no tratamento de pacientes do SUS – João Pessoa/PB.
Out.	14 - Aprovar o TERMO DE CONVÊNIO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA – SMS/JPA E A SOCIEDADE PARAIBANA DE ENSINO SUPERIOR E PESQUISA S/C Ltda – SOPESP. 15 – Aprovar o TERMO DE CONVÊNIO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃOPESSOA – SMS/JPA E A FACULDADE DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA - FSVP. 16 - Aprovar a Implantação do CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO) TIPO 1 E LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, no Centro de Atenção Integral a Saúde – CAIS – Mangabeira. 17 – não homologada

Dez.	18 – Aprovar o Projeto de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde/DGTES/SMS-JP. 19 – Aprovar as Emendas Parlamentares Nº 12110007 e Nº 35310005, referentes à Modernização do Hospital Padre Zé.
------	--

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011) e CMS (2011)

As recomendações feitas pelo conselho foram todas elaboradas no mês de junho. A primeira e a segunda foram direcionadas ao Conselho Estadual de Saúde. A primeira se referia à inadimplência da contrapartida financeira de municípios paraibanos, plenos do sistema, pelo atendimento a usuários através da Secretaria Municipal de Saúde. A segunda recomendação, junto ao Governo do Estado da Paraíba, para garantir a celeridade da reforma de hospitais pediátricos, a exemplo do Hospital Arlinda Marques e Maternidade Frei Damião, no município de João Pessoa.

A terceira recomenda que os conselheiros formalizem, através de ofício, seus informes e/ou reivindicações à Secretaria Executiva do Conselho, para que ela possa encaminhar a instância ou setor cabível da Secretaria Municipal de Saúde e a secretaria apresente, em reunião posterior, quais os encaminhamentos dados.

A quarta estabelece o Voto Nominal com registro em Ata, de qualquer matéria para votação, cuja a análise de conselheiros seja contraditória.

Nesse ano, foram aprovadas quatro moções de aplauso e de reconhecimento. A primeira moção de aplauso, aprovada no mês de julho, foi direcionada à diretoria de regulação, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, pela atuação dinâmica e efetiva do supracitado órgão, em atenção aos usuários (as) cidadãos (ãs) pessoenses.

A segunda moção foi aprovada em outubro e visava a parabenizar todos(as) os(as) Dentistas, que constituem a Rede Municipal de Saúde de João Pessoa.

A terceira e a quarta (aprovada no mês de dezembro) moções foram de reconhecimento aos serviços prestados pelos senhores Bergson Reinaldo de Lima Freire e Francisco Erisvaldo de Souza.

Dessa forma, as moções elaboradas se dirigiram a pessoas que atuam nos serviços de saúde e que desenvolvem as suas atividades em seus respectivos órgãos de forma responsável. No entanto, abre-se um questionamento, não estariam, esses profissionais, cumprindo apenas suas atribuições para as quais foram empossados? Qual é a função dos servidores públicos? Não é atender aos

cidadãos e cidadãs da melhor forma possível? O que acontece é que, na maioria das vezes, as pessoas que ocupam os cargos públicos tratam tão mal os seus usuários quem quando aparece um ou outro profissional que, em seu posto de trabalho ou função desenvolvida, assume uma postura ética e comprometida com as demandas dos usuários, são dignos de reconhecimento e aplausos.

No ano de 2006 foram analisadas três atas, uma de reunião ordinária (93^a) e duas de reuniões extraordinárias (94^a e 99^a) que discutiram, como principais pontos de pauta, a aprovação da Proposta de Substitutivo ao Projeto de Lei, de 07/01/2005/PMJP, que Reformula o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, em cumprimento à Resolução nº 333, de 04/11/2003; e análise e Aprovação da solicitação de remanejamento de um servidor à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Os referidos pontos de pauta reforçam a preocupação constante dos conselheiros em finalizar o processo de reformulação do Regimento Interno do conselho e sobre o bom gerenciamento dos serviços de saúde.

No que se refere à reformulação do Regimento interno, depois de muitos debates no âmbito do conselho, deliberou-se acerca da constituição de Comissão Provisória para a Análise e elaboração de Parecer Sobre Projeto de Adequação do CMS/JP à Resolução 333/CNS (Proposta de Substitutivo). A deliberação desse tema não foi consensual, posto que provocou inúmeras intervenções as quais questionavam a forma como o assunto chega ao conselho para ser votado, como reforça o conselheiro:

O CMS/JP precisa mesmo se reestruturar, o que não significa dizer que tudo que chega ao conselho, precisa ser votado imediatamente, pois não é caso de urgência, é uma questão ainda de 2003 e que nunca foi visto, e hoje porque está na pauta, se começa a criar obstáculos, aliás, não é obstáculo, porque essa **Comissão de Constituição e Justiça não existe, as comissões só existem no papel**, pois, a única comissão que ainda fez algum trabalho foi a da Rede Hospitalar, quem discorda disso? Qual foi a outra? A do PSF que só gerou problemas? Então, o que é que custa aos conselheiros interessados criar uma comissão e estudar uma proposta melhor, ao invés de ficar esperando de uma comissão que não existe de fato (CMS, 2006, p. 10).

A intervenção do conselheiro revela a inoperância da comissão de constituição e justiça do conselho, que não funciona bem e que termina por atrasar o

andamento das matérias de sua competência. A reformulação do Regimento Interno do Conselho deveria ter sido feita desde a publicação da Resolução n. 333/2003, do Conselho Nacional de Saúde, e foi arrastando-se, ano após ano, sem nenhuma finalização do processo por parte do conselho, que só ocorre em 2007.

Além do apontamento de não funcionamento da comissão de constituição e justiça, o conselho traz, à tona, o tema do mal funcionamento das comissões de trabalho como um todo, tema amplamente discutido nos anos anteriores, e destaca a comissão da rede Hospitalar como a única que cumpriu com o seu papel.

Assim sendo, alguns conselheiros, justificando a partir da forma como foi tratado o processo de reformulação do Regimento Interno do conselho, denunciam a morosidade pela forma como vem se dando o Conselho, lembrando que, conforme a Lei ainda vigente, a eleição do conselho deve ser realizada no mês de abril deste ano, com a posse, para o mês de maio e que não houve convocação neste sentido e defendem que “a referida convocação de eleição seja feita com base na nova legislação, para o encaminhamento ao prefeito e a Câmara de Vereadores do Município” (CMS, 2006, p. 9).

Conforme apontado pelos conselheiros, o processo eleitoral para a renovação do conselho para o biênio 2006-2008 deveria ocorrer até o mês de maio e, no entanto, ocorre no segundo semestre, fato que vai interferir na dinâmica futura das eleições, como foi o caso de 2008, que precisou adiantar o mandato dos conselheiros, prorrogando-o por sete meses.

Outro ponto que fez parte das deliberações do conselho foi a aprovação da devolução de um integrante à FUNASA, conforme Processo n. 11929/ apresentado pela secretaria de saúde do município.

Tabela 32 – Resumo das atas do CMS/2006

Ata	Tipo	Data	Ent	Pauta	Deliberações
93ª	Ord.	14/ dez	21	Apreciação e aprovação da Minuta de Regimento Interno da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) Regional-PB / CMS/JP; apreciação de proposição da Gerencia de Medicamentos e Assistência Farmacêutica/SMS/JP, conforme memorando nº. 381/06, de 05/12/2006 e seus anexos;	Denúncia de mal funcionamento de unidades do PSF; discussão e aprovação do projeto de educação permanente em saúde; escolha de um conselheiro (um para titular e outro para suplente) para compor a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador; discussão sobre o uso dos rendimentos de sobra do convênio da Farmácia Popular para uso na climatização nas unidades;

94ª	Extrao rd.	14/ mar	15	Análise e Aprovação da Proposta de Substitutivo ao Projeto de Lei, de 07/01/2005/PMJP, que Reformula o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa , em cumprimento a Resolução nº 333, de 04/11/2003; Análise e Aprovação da solicitação de remanejamento do servidor Marcelo João Nascimento Souza, conforme Processo nº 11929/SMS-JP, de 04/11/2005;	Fica constituída a Comissão Provisória Para Análise e Parecer Sobre Projeto de Adequação do CMS/JP a Resolução 333 / CNS , (Proposta de Substitutivo); fica aprovado a devolução do Servidor Marcelo João Nascimento Souza à FUNASA , conforme Processo nº. 11929/SMS-JP, de 04/11/2005.
99ª	Extrao rd.	03/ out	48	Posse dos conselheiros	-

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

As deliberações do conselho foram encaminhadas em forma de resoluções e moções. Há, pois, a coincidência entre a resolução n. 1 e a moção n. 1 que versam sobre a devolução de um cedido pela FUNASA à secretaria de saúde.

Tabela 33 – Resoluções do CMS/2006

MÊS	RESOLUÇÃO Nº
MAR	01 – Aprovar a devolução do servidor – Marcelo João Nascimento Souza, SIAPE Nº. 462890, à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/PARAÍBA), cedido a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JPA).
ABR	2 – Aprovar o Plano de Ações e Metas do Município de João Pessoa / 2006, no âmbito das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's/HIV/AIDS); 03 - Aprovar o Edital para o Processo Seletivo de Agente Comunitário de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/Pb; 04 – Aprovar o Parecer da Comissão de Discussão sobre Desligamento e Processo Seletivo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que tem o seguinte encaminhamento: 1) O afastamento, em definitivo, do agente Emanuel Rodrigues de Oliveira – Mat. Nº. 700.474-0 / SMS-JP, por abandono de trabalho; 2) O compromisso da SMS-JP a documentar e garantir retorno dos ACS afastados junto ao INSS ou Junta Médica, caso os mesmos tenham condições de saúde e legalidade para desempenhar suas funções e que, os Agentes a que se refere tal decisão são: Eliane Moraes Candido Luciano – Mat. Nº. 700.030-0 (D.Sanit.I); Ana Karolina Souza da Silva – Mat. Nº. 700.432-0 (D. Sanit. II) e Maria Socorro F. de Lima – Mat. Nº. 700.124-0 (D. Sanit. II); 3) Para cobrir as vagas dos Agentes afastados, se abrirá vagas a mais no Edital de Seleção; 4) Os Agentes selecionados pelo Edital, terão contrato por tempo determinado de 01(um) ano, renovável por mais um ano. Após este tempo a SMS-JP se compromete a regularizar a situação funcional dos ACS-JP; 05 – Aprovar o Projeto de Lei que adequa o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS-JP) à Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e encaminhar ao Prefeito do Município de João Pessoa, para fins de homologação e consequentemente à Câmara Municipal de João Pessoa, para a aprovação e promulgação.
MAI	06 - Aprovar o Projeto de Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo 1, na Unidade de Saúde das Praias, pertencente ao Distrito Sanitário V, no Município de João Pessoa/PB. 07 – Aprovar a proposta de transformação da modalidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) Tipo 2 para o CEO Tipo 3, situado no edifício Presidente João Pessoa, pertencente ao Distrito Sanitário IV, da Estrutura Básica da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/Pb;

	08 – Aprovar o Balanço Geral do Fundo Municipal de Saúde de João Pessoa, referente ao Exercício Econômico-Financeiro de 2005; 09 – Aprovar o Relatório de Gestão – 2005, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa; 10 – Aprovar a prorrogação do mandato de representantes do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, referente ao Biênio 2004/2006, para mais 03 (três) meses, condicionado ao trâmite devido e apreciação pela Câmara de Vereadores do Município de João Pessoa, do Projeto de Lei que adequou o CMS/JP à Resolução nº. 333, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme Resolução CMS/JP Nº. 05, de 06 de abril de 2006, e a sanção pelo chefe do executivo municipal.
JUN	11 – Aprovar a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), a qual tem por objetivo assessorar o CMS/JP, no acompanhamento, discussão e definição das prioridades da política de Saúde do Trabalhador, no controle das ações do CEREST, e da aplicação dos recursos financeiros; 12 – Aprovar o Termo de Compromisso de Gestão do Município de João Pessoa, no Estado da Paraíba, em adesão ao Pacto Pela Saúde 2006, na pactuação intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: CMS (2011)

Esse segundo momento de atuação do conselho foi marcado por discussões importantes no que se refere à reestruturação dele através da elaboração e discussão da proposta de substitutivo do Regimento Interno para se adequar ao que coloca a Resolução do CNS (n. 333/2003). Dentre os pontos que estiveram presentes nestas discussões, o que mais se destacou tratou da necessidade de reorganização das comissões de trabalho do conselho.

Os conselheiros, em suas constantes intervenções nas reuniões, apresentaram um perfil negativo das comissões de trabalho e apontaram muitos problemas e falhas no funcionamento de tais comissões. Por esse motivo, foi criada uma comissão provisória no conselho para dar cabo à discussão e elaborar um parecer acerca da proposta do Executivo de reformulação do Regimento Interno.

5.2.2.3 Terceiro momento: 2007-2009

O terceiro momento corresponde aos anos de 2007¹⁸, 2008 e 2009 e caracteriza-se por uma melhor organização no que se refere ao funcionamento do conselho e no estabelecimento de mais rigor no cumprimento do Regimento Interno. O primeiro ano, 2007, foi marcado pelo processo de revisão e mudanças no

¹⁸ A partir deste ano não foi disponibilizada a lista das resoluções do conselho, mas, de acordo com as atas, pode-se perceber que a dinâmica continuou sendo a mesma, ou seja, as discussões e deliberações do CMS são sistematizadas em resoluções, moções e recomendações.

Regimento Interno do CMS-JP. A ata ordinária 94ª (JOÃO PESSOA, 2007), a primeira analisada em 2007, apresenta uma estruturação renovada, ou seja, foi a primeira ata que veio acompanhada por uma convocatória (dia, hora, local e pauta da reunião) e as linhas da ata passaram a aparecer enumeradas, o que facilita no momento da apreciação e aprovação delas pelos conselheiros.

Além disso, nota-se uma mudança na condução das reuniões, pois até então, as atas traziam informes da mesa diretora e dos conselheiros de forma desorganizada e, a partir desse ano, as reuniões passaram a apresentar dois grupos de informes, separadamente: da mesa diretora e dos conselheiros.

Referentes ao ano de 2007, foram analisadas dezesseis atas, onze ordinárias e cinco extraordinárias. A média de frequência dos conselheiros foi de 20 participantes por reunião.

As pautas das reuniões revelam uma atividade intensa do conselho neste ano com a discussão de temas referentes ao funcionamento e reestruturação de comissões permanentes de trabalho, a apresentação, apreciação e aprovação de planos, projetos, relatórios e programas (Plano de Metas DST/AIDS, CAPSi, contenção da dengue, ACS) para 2007, a devolução do servidor à FUNASA, a preparação da V Conferência Municipal de Saúde (criação de comissões, apresentação e aprovação do regimento) e a discussão do projeto de formação de controle social do conselho.

Nesse ano, motivadas pelas mudanças no Regimento Interno do CMS-JP, as deliberações retomam aspectos relevantes acerca do funcionamento do conselho (apreciação do patrimônio do conselho, formação de oito comissões compostas por três titulares e três suplentes). Além de focar na discussão em temas importantes no tocante à gestão e fiscalização da política de saúde, como a despreciação dos ACSs, o Plano de Metas DST/AIDS, alterações e aprovação, por unanimidade, do projeto de criação do CAPSi.

Tabela 34 – Resumo das atas do CMS/2007

Ata	Tipo	Data	Ent	Pauta	Deliberações
94ª	Ord.	08/fev	25	Apresentação do atual patrimônio do CMS/JP; Discussão sobre funcionamento e perspectivas do PSF no município de João Pessoa; Apresentação de Relatório da comissão provisória;	Funcionamento do conselho, apreciação do patrimônio do conselho;

95 ^a	Ord.	01/ mar	24	Reestruturação e escolha dos membros das comissões permanentes do CMS; legislação que regulamenta a inserção dos ACSs e agentes de saúde ambiental (ASA) na SESAU;	Formação de 5 comissões compostas por 3 titulares e 3 suplentes; aprovação de moção de apoio à despreciação dos ACS e ASA;
96 ^a	Ord.	12/ abr	19	Apresentação do plano de metas –PAM 2007, da seção de DST/AIDS; Devolução do servidor Romildo Bezerra de Andrade, cedido a este Município, à FUNASA.	Aprovação do Plano de Metas DST/AIDS; aprovação da devolução de um servidor ao seu setor de origem;
97 ^a	Ord.	03/ mai	25	Apresentação do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do PACTO pela Saúde 2006 – 2007.	Questionamentos e pedidos de esclarecimento acerca da dimensão dos valores na pactuação; recomendação de envio do pacto completo ao conselho;
98 ^a	Ord.	14/ jun	19	Discussão sobre o projeto de implantação do CAPSi; Apresentação do Relatório dos conselheiros Erasmo, Lúcia e Luciano sobre as suas participações na Plenária Nacional de Conselhos de Saúde;	Definições acerca da conferência de saúde; escolha de conselheiros para a participação de eventos nacionais;
99 ^a	Ord.	05/ jul	23	Criação de comissões para a CMS; projeto de criação do CAPSi;	Alterações e aprovação por unanimidade do projeto de criação do CAPSi; formação de 6 comissões p a CMS
100 ^a	Ord.	31/ jul	22	Apresentação do plano de contenção da dengue; apresentação e aprovação do regimento da V Conferência; discussão e encaminhamentos do projeto de lei 28/2007 sobre o fornecimento de medicamentos aos pacientes em seu domicílio	Discussão da dinâmica da V Conferência, aprovação do regimento com sugestão de dois conselheiros;
101 ^a	Ord.	13/ set	16	Avaliação da V Conferência; apreciação e discussão do projeto para implantação da Unidade de Resposta Rápida em emergências epidemiológicas	questionamentos com relação à eleição na CMS; aprovação do Projeto de Implantação URR
102 ^a	Ord.	04/ out	15	Redação final da resolução que trata do ingresso do ACS no serviço público; discussão da maternidade materna;	Leitura e aprovação da resolução; inexistência de uma UTI materna;
103 ^a	Ord.	08/ nov	22	Situação da marcação da diretoria de regulação; convênios entre a SESAU e a UFPB;	Apresentação da equipe da regulação; fortalecimento da política de regulação no município; marcação online das consultas;

104 ^a	Ord.	06/ dez	18	Discussão do projeto de formação de controle social do Conselho; relatórios da CMS;	Identificação de falhas no plano de formação de controle social; escolha de conselheiros para fiscalizar o concurso para anestegisnologista e traumoto-ortopedista;
102 ^a	Extra	20/ mar	18	Escolha dos presidentes e relatores das comissões de trabalho; escolha dos representantes do conselho para participar da plenária nacional dos conselhos de saúde;	Posse dos membros das 5 comissões; escolha de 4 conselheiros para participar da plenária nacional;
103 ^a	Extra	16/ ago	16	Discussão sobre o preenchimento de vagas remanescentes para a V Conferência;	Identificação e discussão de falhas no processo preparatório da Conferência;
104 ^a	Extra	30/ out	18	Discussão e encaminhamentos sobre a reforma do RI da Conferência; discussão e alteração das composições das comissões de trabalho do CMS	Mudança nos artigos do RI da Conferência;
105 ^a	Extra	22/ jan	20	Finalização das discussões e encaminhamentos sobre a reforma do RI do conselho; finalização da discussão e alteração das composições das comissões de trabalho e artigos do RI do CMS; reestruturação das comissões de trabalho	Leitura dos artigos do RI do CMS; reestruturação das comissões de trabalho;
106 ^a	Extra	13/ dez	17	Discussão do orçamento para o CMS em 2008.	3 votos contra a aprovação do relatório da plenária nacional dos conselhos de saúde; aprovação da resolução do Hospital Lauriano.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

Dessa forma, o ano de 2007 foi determinante nas mudanças no funcionamento do conselho e das comissões de trabalho que foram reestruturadas a partir da reformulação do Regimento Interno. Fica evidente, nas atas das reuniões, que o CMS tem um papel determinante na organização e realização da Conferência Municipal de Saúde, principalmente a partir de 2007, quando fica assegurada, por determinação do Regimento Interno do Conselho, a participação de todos os conselheiros como membros natos na Conferência Municipal de Saúde.

Outro fator que merece destaque é a participação de conselheiros de saúde em eventos relacionados à temática da saúde, tanto na própria cidade de João Pessoa, como em âmbito nacional; nesses casos, é feita a escolha dos participantes nas reuniões do conselho.

A partir desse ano não se percebe, nas falas dos conselheiros, registradas em atas, graves denúncias sobre o descumprimento das prerrogativas regimentais do CMS-JP nem de interferência direta do governo municipal no conselho. Dessa forma, nota-se que as mudanças regimentais operacionalizadas, nesse ano, de certa forma, fortalecem a atuação dos conselheiros, que na qualidade de “guardiões” das prerrogativas do Regimento Interno, expõem suas posições e discutem as questões apresentadas no conselho com muita propriedade. Vale ressaltar, nesse sentido, que se tratam de pessoas portadoras, em sua maioria, de um alto nível de escolaridade, uma renda considerável e que representam entidades diversas, que por sua vez, realizam formações e discussões acerca de temas variados, o que, de certa forma, potencializa os seus representantes para a participação.

No ano de 2008, há um equilíbrio entre as reuniões ordinárias (oito) e as extraordinárias (oito) analisadas e uma média de dezesseis conselheiros por reunião.

Os principais pontos de pauta desse ano foram: apresentação, apreciação e aprovação de projetos no âmbito da saúde (NASF, Plano de Ação e Metas DST-AIDS, saúde mental); proposta de cursos de terapia comunitária e de educação permanente em cidadania; apresentação, apreciação e aprovação de pareceres e relatórios das comissões e grupos de trabalho sobre diversas matérias; estabelecimento de conflito entre o Conselho Estadual de Saúde e o CMS-JP; proposta de prorrogação do mandato do conselho, das comissões e da mesa diretora e planejamento das ações do CMS-JP.

Tabela 35 – Resumo das atas do CMS/2008

Ata	Tipo	Data	Ent	Pauta	Deliberações
107 ^a	Ord.	10/abr	17	Apresentação do projeto de implantação do NASF; apresentação do plano de ações e metas DST-AIDS 2008;	Criação de 10 equipes de NASF e cada NASF abrangerá 10 ESF;
108 ^a	Ord.	08/mai	22	Apresentação sobre o curso de formação em terapia comunitária da SESAU;	Aprovação, com ressalvas, do plano de formação em terapia comunitária com a garantia de ampliação das vagas de pessoas da comunidade, militantes

					comunitários; aprovação de recomendação à plenária sobre encaminhamento por parte da SESAU de instrução técnica dos distritos sanitários bem como as UBSFs sobre a correta utilização do papel usado para esterilização;
110 ^a	Ord.	24/ jul	20	Exposição de projetos de formação de educação permanente; apresentação de parecer da comissão de acompanhamento dos instrumentos de gestão;	Adiamento das eleições do CMS; perda de acento no CMS por parte de algumas entidades; discussão e aprovação do relatório de gestão 2007;
111 ^a	Ord.	14 /ago	15	Apresentação do relatório de participação da oficina da Cofin; continuação da discussão do relatório de gestão 2007;	Exposição do relatório da oficina da COFIN; sugestão de padronização de metodologia para a elaboração do relatório de gestão;
112 ^a	Ord.	04/ set	14	Apresentação e apreciação do SISPACTO - relatório municipal; PLP 92/2007 que regula o artigo 37 da constituição;	A plenária entende, depois de ampla discussão, que o relatório SISPACTO ainda não está concluído para ser aprovado;
113 ^a	Ord.	16/ out	16	Apresentação e apreciação do projeto de formação permanente em saúde mental e atenção básica;	Apresentação e apreciação do descredenciamento da casa de apoio às pessoas vivendo e convivendo com HIV/AIDS - foi designada uma comissão para avaliar a questão; o projeto de formação permanente - os conselheiros pediram vistas ao processo;
114 ^a	Ord.	06/ nov	13	Reapresentação do projeto de formação permanente em saúde mental e relatório do conselheiro que pediu vistas ao processo;	Reapresentação do projeto de formação permanente em saúde mental e foi aprovado depois de 12 falas de conselheiros; projeto de formação permanente em saúde, aprovado por unanimidade
115 ^a	Ord.	05/ dez	16	Reapresentação do projeto de formação permanente em saúde mental com as alterações dos conselheiros; discussão e do parecer final da comissão provisória do CMS;	Ampla discussão acerca do projeto de formação permanente em saúde – apreciação;
107 ^a	Extra	08/ fev	16	Aprovação de relatório das comissões de trabalho do CMS 2007;	Proposta de descentralização das reuniões do CMS;
108 ^a	Extra	27/ mar	22	Apreciação do PCCR;	Balanco financeiro 2007; ampla discussão do PCCR após a sua exposição;
109 ^a	Extra	17/ abr	13	Apreciação do PAM 2008; apreciação do plano de ação saúde do trabalhador 2008-2009	Apresentação do PAM; reclamações dos conselheiros da forma como os projetos chegam para a aprovação;
110 ^a	Extra	29/ mai	16	Situação da dengue no município	Diminuição do número de casos de dengue em 80%; apreciação das ações e relatos das comissões de trabalho;
111 ^a	Extra	26/ jun	15	Discussão, debate e encaminhamento a respeito	A SES pede o descredenciamento do município de João Pessoa da gestão

				das últimas deliberações do CES sobre a saúde municipal;	plena; ampla discussão dos conselheiros acerca da resolução do CES;
112 ^a	Extra	16/out	15	Apresentação e apreciação do projeto da prorrogação do tempo de representação e composição da plenária e mandato da mesa diretora;	Mesa sugere adiantamento do mandato em 6 ou 7 meses da plenária, foi aprovado com a sugestão de 7 meses;
113 ^a	Extra	05/dez	16	Escolha e aprovação de membro do CMS para constituir a comissão eleitoral que elaborará e coordenará a eleição do CMS 2009-2011	Foi formada a comissão eleitoral com a inscrição dos candidatos seguida de aclamação da plenária
114 ^a	extra	13/dez	17	Apresentação e discussão do projeto Olhar Brasil da SMS; Programa saúde na escola; planejamento das ações do CMS para 2009	Ambos os projetos foram aprovados por unanimidade

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

O ano de 2008 foi o ano em que se verificou o maior número de atas (dezesseis) e, conseqüentemente, o número de deliberações foi superior aos anos anteriores. A lógica das discussões e deliberações continua a mesma, ou seja, a discussão, apreciação e aprovação de programas e projetos de saúde para o município (aumento do NASF) e de projetos de do projeto de formação permanente em saúde mental. Outro ponto recorrente nas deliberações é o funcionamento do conselho, que, nesse ano, foi apresentada a proposta de descentralização das reuniões do CMS-JP e foram expostas diversas reclamações dos conselheiros acerca da forma como os projetos chegam para a aprovação, sem a devida fundamentação, e, por isso, os conselheiros se recusam a votar matérias sem subsídios para a argumentação qualificada.

O mandato dos conselheiros se encerrava em 2008, mas, no âmbito do conselho, foram travadas inúmeras discussões sobre a possibilidade de prorrogação desse mandato. Dessa forma, as eleições do CMS-JP (adiamento, formação da comissão eleitoral e perda de acento no CMS-JP por parte de algumas entidades) foi um dos pontos de pauta recorrentes nas reuniões do conselho. Depois de ampla discussão foi deliberado, na 112^a reunião extraordinária, o “adiantamento do mandato, em 7 (sete) meses, dos conselheiros de saúde” (CMS, 2008, p. 02). Dessa forma, as eleições que deveriam acontecer no segundo semestre de 2008 só aconteceram no primeiro semestre de 2009, no entanto, ainda em 2008, foram tomadas as devidas providências para a realização do pleito eleitoral (formação da comissão eleitoral e identificação das entidades que fariam parte do pleito).

Constatou-se que, em cada reunião do CMS-JP, “gastou-se” muito tempo para a discussão dos pontos que compõem a ordem do dia, ou seja, houve o “esgotamento” do tema discutido, e, se necessário, os demais temas seriam transferidos para reuniões posteriores. Isso explica o grande número de reuniões extraordinárias do conselho.

Um ponto de pauta que suscitou muito debate, neste ano, foi a solicitação do Conselho Estadual de Saúde de rebaixamento da gestão de saúde do município de João Pessoa. O município de João Pessoa já havia sido inserido no pacto de gestão plena¹⁹. Os conselheiros se posicionaram afirmando que isso seria um retrocesso para o município e que o conselho estadual, com essa postura, estaria fugindo de suas atribuições com o encaminhamento de resoluções que sequer chegam ao CMS-JP, assim, o referido conselho está

[...] criando pautas equivocadas para intervir na saúde do município e fugindo do verdadeiro foco que são os problemas cruciais que passa a saúde estadual hoje. Então eles encobrem seus problemas e querem intervir na saúde do município (CMS, 2008, p. 4).

Dessa forma, é visível o conflito entre o conselho de saúde do Estado e o CMS-JP, conflito este que ocorria entre o governo estadual e o governo do município e foi transferido para os conselhos. O que demonstra uma fragilidade na autonomia dos conselhos, que ao se constituírem enquanto espaços de participação compartilhada, terminam defendendo ou reproduzindo o posicionamento do governo.

Em 2009 foram analisadas as atas de onze reuniões ordinárias e de quatro reuniões extraordinárias. A participação média foi de 17 (dezessete) conselheiros por reunião.

As pautas principais das reuniões foram: apresentação; apreciação e aprovação de projetos e planos de ampliação dos serviços de saúde (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF, Unidade Saúde da Família – USF, farmácias populares, segurança alimentar, DST-AIDS, vigilância sanitária), discussão acerca

¹⁹ O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo-as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: descentralização, regionalização, financiamento do SUS, planejamento no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho na Saúde e Educação na Saúde (BRASIL, 2011b).

do funcionamento do conselho (processo eleitoral do CMS, nova composição do CMS), apresentação, discussão e aprovação de parecer e relatórios das comissões e grupos de trabalho sobre as matérias que chegam ao CMS-JP (relatório de gestão 2005-2008 da Secretaria de Saúde – SESAU), apresentação e apreciação da LDO 2010 da SESAU, apresentação sobre o OD, prestação de contas do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), discussão sobre a insalubridade dos profissionais de saúde. Conforme colocado na Tabela 36.

Tabela 36 – Resumo das atas do CMS/2009

Ata	Tipo	Data	Ent	Pauta	Deliberações
116 ^a	Ord.	12/ Fev	15	Apresentação e apreciação do projeto de atenção domiciliar; projeto de implantação de 3 NASF;	Aprovação dos projetos;
117 ^a	Ord.	09/ Mar	14	Apresentação do regimento eleitoral do CMS; apresentação e discussão do PAM DST/AIDS;	Discussão do processo eleitoral; pedido de vistas ao projeto do PAM por um conselheiro;
118 ^a	Ord.	02/ Abr	24	Apresentação da composição do CMS;	Mesa diretora foi reconduzida; criação de uma comissão para análise do relatório de gestão da SESAU 2005-2008;
119 ^a	Ord.	07/ mai	24	Parecer da comissão provisória sobre o relatório de gestão 2005-2008 da SESAU;	Foi aprovada uma recomendação de apoio a uma lei municipal específica sobre suporte básico de vida e uso de desfibrilizador automáticos externos em estabelecimentos e locais públicos e privados; aprovado o parecer da comissão sobre o relatório de gestão 2005-2008;
120 ^a	Ord.	04/ Jun	17	Apresentação e apreciação da LDO 2010 da SESAU;	Aprovação de moções de apoio; todas as propostas apresentadas pela plenária serão colocadas como recomendações e encaminhadas à SESAU;
121 ^a	Ord.	02/ Jul	16	Apresentação e apreciação do PAM de vigilância sanitária 2009; apresentação sobre o OD; apresentação do plano municipal de alimentação e nutrição;	Supressão e reabertura do item de falas dos conselheiros sobre as suas ações; aprovação do plano municipal de vigilância; aprovado por unanimidade o plano de alimentação e nutrição;
122 ^a	Ord.	06/ Ago	16	Apresentação do trabalho do SIMED e a discussão sobre os fatos motivados sobre a falta de médicos no SUS; apresentação e deliberação sobre o projeto de implantação do serviço de atenção cardiovascular do Hospital Santa Isabel; apresentação e deliberação do projeto de cirurgia eletiva em neurologia;	Aprovação do serviço de atenção cardiovascular do Hospital Santa Isabel; apresentação e deliberação e aprovação do projeto de cirurgia eletiva em neurologia;

123 ^a	Ord.	03/ Set	16	Apresentação do relatório técnico com a avaliação das necessidades da farmácia popular; prestação de contas do CEREST;	Apresentação e aprovação do relatório técnico com a avaliação das necessidades da farmácia popular; aprovação da prestação de contas do CEREST;
124 ^a	Ord.	01/ Out	12	Discussão sobre a insalubridade dos profissionais de saúde	Não realizada por ausência de quorum
125 ^a	Ord.	05/ Nov	15	Discussão sobre a insalubridade dos profissionais de saúde;	Parecer da comissão de gestão do CMS sobre as condições de insalubridade;
126 ^a	Ord.	10/ Dez	14	Continuação da temática de insalubridade dos profissionais de saúde; projeto de construção de UBSF; implantação de NASF.	Colocadas em votação duas propostas sobre a insalubridade, saiu vencedora a 1 ^a : recomendação do CMS consignando os percentuais de 20 para 40¢% para grau médio e máximo para o novo adicional de insalubridade dos profissionais de saúde; ampla discussão sobre a construção de UBSF (aprovada); aprovada a proposta de criação de mais 5 NASF.

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

As deliberações do CMS-JP, em 2009, revelam a vocação deliberativa do conselho, posto que foi no âmbito do conselho que foram tomadas as decisões mais importantes no tocante à saúde do município, tanto no aspecto da formulação e planejamento quanto no aspecto da gestão (execução), fiscalização e avaliação das ações, serviços, programas e projetos referentes à política de saúde.

Neste ano, destaca-se o processo de discussão acerca do projeto de Plano e Metas DSTs/AIDS da SESAU do município, pelo fato de ter suscitado um amplo debate e até mesmo por ter sido pedido “vistas ao processo”²⁰, por entender que o que estava disposto no projeto não era suficiente para fundamentar a votação dele (CMS, 2008b).

Outro destaque foi a apresentação do Orçamento Democrático do município na 121^a reunião ordinária. No momento, foi feita a exposição da dinâmica de funcionamento do OD pela coordenadora do OD, Ana Paula Almeida, seguida de uma discussão por parte dos conselheiros sobre o OD. Essa articulação entre as instâncias de controle e gestão democrática é de extrema importância, pelo fato de

²⁰ O pedido de vistas do processo, via de regra, redundando em carga dos autos, que significa que o interessado legitimado a atuar como advogado pode levar os autos de um processo para posterior análise. Esta prática é corriqueiramente utilizada por advogados, ministros de tribunais superiores e legisladores quando entendem que as matérias disponibilizadas para aprovação apresentam elementos suficientes para a tomada de uma decisão importante ou formulação de petição a ser posteriormente acostada aos autos. No momento em que se “pedem vistas” de um processo, este fica estacionado até que seja revisto e emitido um novo parecer ou prolatada uma decisão.

aproximar as realidades e possibilidades de atuação dos diversos atores sociais envolvidos no processo de participação. No entanto, essa articulação é incipiente, essa reunião do CMS (CMS, 2008b) foi o único momento em que se pôde perceber a interação entre os dois instrumentos de participação analisados, apesar de o CMS discutir e aprovar questões referentes ao orçamento e o OD ter a temática da saúde como uma prioridade da maioria das regiões em todos os anos de sua existência.

Portanto, no terceiro momento de atuação do conselho (2007 – 2009) percebe-se um avanço no que se refere ao seu funcionamento, avanço esse motivado pela reformulação do Regimento Interno, pela reorganização das comissões de trabalho e pelo estabelecimento de uma relação mais “tranquila” entre o conselho e o governo municipal. Essa tranquilidade se pode notar pela ausência, nas atas, de posicionamentos contrários ao governo, bem como da ausência de denúncias de interferência do governo no funcionamento do conselho.

5.3 UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS DUAS INSTITUIÇÕES

As duas instâncias participativas, aqui analisadas, a saber, o Orçamento Democrático e o Conselho de Saúde, ora se aproximam ora se distanciam. São essas aproximações e distanciamentos que serviram como foco do estudo aqui empreendido, as quais se estruturam a partir de seis variáveis: o grau de institucionalização; o formato institucional; a participação; a representação; a deliberação e o impacto distributivo.

5.3.1 O grau de institucionalização do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

O grau de institucionalização do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde pode ser identificado a partir de três elementos: a forma como foi institucionalizado, a regularidade de funcionamento e autonomia na formulação das regras que determinam a sua organização.

No que concerne à forma como o OD foi institucionalizado **foi** constatado um avanço legal. A experiência, depois de um tempo de funcionamento, passou por um processo de discussão que tramitou, do Executivo ao Legislativo municipal, e desembocou na aprovação da Lei que a institucionaliza.

O Orçamento Democrático de João Pessoa foi instituído a partir da Lei Ordinária Municipal n. 10.429, de 14 de fevereiro de 2005, que dispõe sobre a estruturação e coordenação do Orçamento Democrático. A instituição dessa lei (10.429/2005) no âmbito do Executivo não garantiu a continuidade do orçamento democrático nas gestões posteriores. Dessa forma, o prefeito Ricardo Coutinho (PSB), na iminência de sua saída do governo municipal, a qual foi motivada para pleitear o governo do estado, encaminhou, à Câmara Municipal, o projeto de institucionalização do OD no município.

De acordo com os arquivos da Câmara dos Vereadores disponíveis na sua página na web, o projeto foi aprovado, por unanimidade, na sessão ordinária do dia 23 de março de 2010 com a participação de 21 vereadores que aprovaram, com três emendas²¹, o texto original que fora encaminhado pelo Poder Executivo; a primeira das quais previa que a Câmara Municipal teria assento no Conselho do OD com um vereador titular e um suplente; a segunda, determinava que o Regimento Interno do Orçamento Democrático deveria ser elaborado pela coordenação dele, e deveria ser debatido e deliberado em ampla discussão pelos conselheiros, exigindo-se maioria simples para a aprovação. As duas alterações foram propostas pelo vereador Geraldo Amorim (PDT). A terceira emenda, de iniciativa do líder da bancada de oposição, vereador Hervázio Bezerra (PSDB), propunha a alteração da redação do artigo 3º do projeto. O texto original trazia a seguinte redação: “Pressupõem objetivos do Orçamento Democrático”, que foi substituída por “são objetivos do Orçamento Democrático”.

Depois de aprovado pelo Legislativo Municipal, o projeto de institucionalização do OD foi encaminhado ao Prefeito, que sancionou a Lei n. 11.903 de 29 de março de 2010. O Fato mudou a forma como o OD passou a ser visto no município, ou seja, deixou de ser uma política de governo, passível de descontinuidade, para ganhar *status* de política de Estado, assegurando que,

²¹ Ao todo, os parlamentares apresentaram dez emendas, das quais três foram aprovadas, três retiradas de pauta e quatro rejeitadas.

independentemente da filiação partidária, os governos seguintes passaram a ser obrigados a dar prosseguimento a esta prática.

A regularidade no funcionamento do OD e do CMS se dá de forma diferenciada, isso ocorre devido à dinâmica adotada. O OD obedece um ciclo anual com várias etapas que “contemplam” a participação direta e indireta da população. O ciclo anual do OD começa com o estabelecimento do contato entre a população e o governo (reuniões regionais e assembleias regionais) para levantamento e definição de demandas e prioridades que serão norteadoras no momento da elaboração das leis orçamentárias do município. Nas etapas posteriores (planejamento democrático; assembleia dos conselheiros; criação do COD e audiências populares regionais) a participação se estabelece de forma representada (ou delegada), quando são eleitos conselheiros regionais e municipais para acompanhar o trajeto das prioridades e a efetivação das obras definidas no processo de participação anterior.

Nesse sentido, observa-se uma flexibilidade no funcionamento das instâncias de participação do OD, pois, em cada ciclo anual, foram ocorrendo mudanças na metodologia e na ordem de realização das etapas de acordo com as necessidades da população e da equipe coordenadora do processo. No entanto, uma das instâncias do OD, que concentra mais regularidade no funcionamento, é o conselho, que se reúne uma vez por mês para discutir os temas referentes ao acompanhamento das leis orçamentárias anuais, o PPA e as obras em andamento na cidade.

A regularidade no funcionamento do Conselho Municipal de Saúde é mais perceptível, posto que, ocorre uma reunião mensal (na primeira quinta-feira de cada mês) e reuniões extraordinárias quando necessário. Tais reuniões seguem, rigorosamente, as prerrogativas regimentais no que se refere: à existência de *quorum* para iniciar as reuniões; ao controle das faltas dos conselheiros; e ao tempo regimental de cada reunião. Outro fator que pode ser agregado a esse é a transformação da Coordenadoria do OD em uma Secretaria Executiva (anexo D) vinculada à Secretaria Municipal de Transparência Pública, através da Lei n. 12.152, de 09 de setembro de 2009. Não se pode aferir, ainda, se existem ou não avanços na estrutura participativa e financeira do OD a partir desse feito.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 15 de novembro de 1990, logo após ter sido promulgada a Lei Orgânica da Saúde (8.080/8.142), que determina a criação de conselhos de saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e

municipal). De 1990 a 1993, o CMS funcionou sem nenhuma legislação municipal que a regulamentasse. Em 1993, o prefeito Francisco Xavier Monteiro de Franca assinou o Decreto Municipal n. 2.522 (13 de setembro) que regulamentava a composição do CMS-JP. Apenas em 1997 (31 de outubro) foi instituída a Lei n. 11.089 obedecendo às determinações da legislação federal.

Atualmente, o CMS é regido pela Lei n. 11.089, de 12 de julho de 2007, que propôs alterações no funcionamento do Conselho através da revisão do seu Regimento Interno²² no intuito de se adequar à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 333, de 04 de novembro de 2003, que regulamenta as convocatórias para as conferências de saúde do município. Dessa forma, o CMS-JP foi criado por determinação de uma lei federal e mediante critério de obrigatoriedade. No entanto, o critério de obrigatoriedade possibilita, de certa forma, uma maior segurança de continuidade da experiência democrática, mas não garante, automaticamente, um bom desempenho e autonomia do conselho, o que ocorre de acordo com as articulações locais, a proposta política do gestor e a organização da sociedade.

Entretanto, a obrigatoriedade legal do CMS-JP, em toda a sua amplitude, demonstra que a atuação dos conselheiros apresenta um grau de autonomia com relação ao governo, pois, nas reuniões do CMS-JP, é comum serem observados posicionamentos contrários à gestão (principalmente no momento que correspondeu aos anos de 2001-2003), além de denúncias dos conselheiros segundo as quais o governo interfere na dinâmica de funcionamento do conselho.

A autonomia com relação à formulação das regras de funcionamento é outro ponto que facilita a comparação entre o OD e o CMS-JP. Nesse aspecto, o OD aparece com maior flexibilidade que o CMS-JP, pois a dinâmica de funcionamento do OD, orientada pelo seu Regimento Geral, é flexível, e permite que, a cada ano, o Regimento Geral seja modificado, desde que as alterações cumpram uma agenda de discussões no percurso da participação no ciclo anual e que seja aprovado pela maioria dos delegados na assembleia geral dos delegados.

A mesma flexibilidade que ocorre no OD não é visível no CMS-JP, o qual não pode alterar o Regimento Interno a qualquer momento. O texto do Regimento Interno do conselho de saúde é regulamentado pela Lei Municipal n. 8.301/97, e revisado no ano de 2007. O poder que detêm os participantes do CMS-JP quanto à

²² A revisão do Regimento Interno do CMS-JP foi homologada pelo prefeito Ricardo Coutinho no dia 22 de novembro de 2007.

alteração das regras do conselho é limitado, ou seja, não podem alterar a lei que criou o regimento, mas apenas apresentar sugestões de alterações que terão de passar por uma ampla discussão no âmbito do conselho para, depois, tramitar no Executivo e no Legislativo até que a lei possa ser alterada.

Essa ideia de inalterabilidade das regras de funcionamento do CMS-JP faz com que os participantes do CMS-JP se sintam seguros nas suas colocações que estiverem embasadas no seu Regimento Interno. Em boa parte das reuniões do CMS-JP faz-se referência ao cumprimento do que coloca o Regimento Interno. Assim, há uma rigidez considerável no funcionamento desse conselho no sentido de cumprir as determinações colocadas pelo regimento: o controle da frequência; do estabelecimento do tempo regimental; da maioria simples para a observância do *quorum*; da formação das comissões; do processo eleitoral; enfim, há, por parte, da mesa diretora, da secretaria executiva e dos próprios conselheiros, uma preocupação constante com o cumprimento do Regimento Interno.

A leitura cuidadosa das atas permitiram perceber que isso não acontece apenas por uma questão de obediência às prerrogativas legais, posto que os conselheiros de saúde já interiorizaram essa dinâmica de funcionamento e, corriqueiramente, fazem alusão ao regimento e conseguem identificar, com clareza, o que realmente pode ou não ser deliberado pelo conselho.

Portanto, o CMS aparece com uma participação mais consistente, uma vez que parte de uma determinação legal de abrangência federal, tem um Regimento Interno que não pode ser alterado pelos participantes a todo tempo e há uma observância rígida do Regimento Interno. Esses fatores possibilitam um bom funcionamento desse conselho e, por conseguinte, uma maior afirmação da instituição perante o governo municipal.

5.3.2 O formato institucional e natureza do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

O formato institucional do OD de João Pessoa conta com momentos de encontro entre a população e o governo, o que não se observa no CMS. A estrutura do OD demonstra uma trajetória da participação que surge nos bairros e

comunidades, com a participação direta da população; passa pela formatação de instâncias intermediárias regionais – onde a população participa até certo ponto, quando delegam o poder de decisão aos delegados. Estes passam a tomar decisões nas instâncias posteriores em nome daqueles que os escolheram (as regiões) – e, posteriormente, delegam o poder para os conselheiros municipais do OD. Estes terão, como principal função, acompanhar o andamento das prioridades indicadas pela população e priorizadas pelos delegados até a inserção delas na Peça Orçamentária, a ser encaminhada para a Câmara de Vereadores.

Dessa forma, o OD mescla elementos de três modelos de democracia. O primeiro momento de participação da população está em consonância com o princípio de participação defendido pela democracia participativa. No segundo momento, de definição, discussão e priorização das demandas da população, é obedecido o princípio da argumentação, característico da democracia deliberativa²³, que entra em cena; e, por último, no âmbito da eleição e funcionamento do conselho do OD, misturam-se o princípio da representação delegada – inspirado na democracia representativa – e o princípio da decisão – baseados na democracia deliberativa. Entretanto, a leitura das atas do COD revela que este não se configura como um instrumento deliberativo, pois as decisões principais, no que concerne à priorização das demandas, são tomadas nas instâncias anteriores.

O conselho é composto por 28 (vinte e oito) conselheiros municipais representantes das 14 (catorze) regiões orçamentárias (dois conselheiros de cada região, um titular e um suplente), dois representantes do Executivo Municipal (um titular e um suplente), indicados pelo prefeito, e dois representantes da Câmara de Vereadores, sendo um titular e um suplente, ou seja, o conselho do OD é composto por 32 (trinta e dois) membros. O critério regimental de paridade é respeitado, contando com a participação de três grupos – a sociedade civil, o Executivo e o Legislativo municipais –, no entanto, é visível a prevalência numérica da sociedade civil com relação aos demais grupos que têm assento no COD. Esse fator deveria pesar a favor da sociedade civil no momento das decisões no conselho, entretanto, muitas vezes, prevalece o saber técnico ou de convencimento dos representantes do governo.

²³ Vale lembrar que alguns autores da democracia deliberativa afirmam que o desenvolvimento de ações só podem se vincular a este tipo de democracia se estiverem desvinculadas da esfera estatal.

No que se refere ao formato do CMS, sua composição respeita a paridade determinada pela Lei Orgânica da Saúde, conta com três representantes de Governos (um de cada nível de governo), três representantes de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde (instituições formadoras, entidades filantrópicas contratadas pelo SUS e entidades privadas contratadas pelo o SUS), seis representantes de Trabalhadores de Saúde e doze representantes de Usuários do SUS. Portanto, na tabela 37 é apresentada a composição do CMS no período que corresponde à década de 2000, ou seja, ao período delimitado para a análise aqui empreendida.

Tabela 37 – Composição do Conselho Municipal de Saúde - João Pessoa-PB

Mandatos	Governo	Prestadores	Trabalhadores	Usuários
2000-2002	MS; SES; SMS;	UFPB; APH; Sind. dos Administradores;	SINDODONTO; SIMED; SINDSAÚDE; SINDSPREV; AACS; SINTSESF;	Sind. dos Motoristas; FETAG; CUNHÂ; UCM; ACMM; FEPAC; UPAC; FCD; ASPADEF; Soc. Dos Hemofílicos; AD/MORHAN;
2002-2004	MS; SES; SMS;	UFPB; APH; Sind. dos Administradores;	SINDODONTO; SIMED; SINDSAÚDE; SINDSPREV; AACS; SINTSESF;	Sind. dos Motoristas; FETAG; CUNHÂ; UCM; ACMM; FEPAC; UPAC; FCD; ASPADEF; Soc. Dos Hemofílicos; AD/MORHAN;
2004-2006	MS; SES; SMS;	UFPB; <u>Fed. Das</u> <u>Entidades</u> <u>Filantrópicas e</u> <u>de Misericórdias</u> <u>da PB;</u> APH	SINDODONTO; SIMED; SINDSAÚDE; SINDSPREV; AACS; <u>SINFEP</u> ;	Sind. dos Motoristas; <u>Sind. dos técnicos em</u> <u>Segurança do trabalho;</u> FETAG; <u>MPOSM</u> ; UCM; ACMM; FEPAC; UPAC; FCD; ASPADEF; Soc. Dos Hemofílicos; AD/MORHAN;
2006-2008	MS; SES; SMS;	CCS/UFPB; <u>SAAI/PB</u> ; APH	ABO/PB; SIMED/PB; <u>SINDACS/PB</u> ; SINDEP;SINFEP/P B; SINDSPREV;	MORHAN/AD; <u>IC/PB</u> ; <u>MULUNGUS</u> ; CUNHÂ; <u>ASIP</u> ; CUT; <u>DIGNITATIS</u> ; ACMM/ALAM; <u>APAN</u> ; <u>FORUM ONGS AIDS</u> ; <u>CES/PB</u> ;
2009-2011	MS; SES; SMS;	CCS/UFPB; SAAI/PB; APH	<u>COREN/PB</u> ; <u>CRESS/PB</u> ; SIMED/PB; SINDEP;SINFEP/P B; SINDSPREV	MORHAN/AAPD/PB; <u>FICAD</u> ; <u>REDE FEMININA</u> <u>DE SAÚDE</u> ; <u>ASS. DOS</u> <u>CLUBES DA MAIOR</u> <u>IDADE</u> ; CUT; DIGNITATIS; ACMM/ASS.DE MORADORES DO CONJ.PE. HILDON; FORUM ONGS AIDS; <u>NESC</u> ; <u>CALFARM/PB</u>

Fonte: CMS (2011) e Dados da pesquisa de campo (2011)

Ao longo da década de 2000 a composição do conselho foi sendo alterada, de modo que algumas entidades foram perdendo o assento no conselho e outras integrantes da mesma categoria de entidades foram aparecendo. O único grupo de entidades integrantes do conselho que ficou inalterado foi o das entidades representativas do governo (MS, SES e SMS). No grupo dos prestadores de serviços de saúde a Associação Paraibana de Hospitais (APH) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) se mantiveram no conselho por todo o período. Na categoria dos trabalhadores de saúde (sindicatos e associações) são perceptíveis as constantes mudanças de entidades dentro da mesma subárea de saúde, a única entidade que participou do conselho durante toda a década de 2000 foi o Sindicato dos Médicos (SIMED) da Paraíba.

Quanto às entidades representantes dos usuários de saúde, há uma variedade de grupos de entidades (associações de portadores de patologias, associações de portadores de deficiências; movimento negro em saúde; movimentos organizados de mulheres em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; centrais sindicais de trabalhadores; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; movimentos sociais organizados em saúde; Comunidade Científica e movimento estudantil) que passaram a fazer parte do Regimento Interno do conselho em 2007 podendo, assim, ocorrer alterações na composição do conselho, mas apenas no que concerne às entidades dentro dos grupos definidos pelo regimento.

Nesse sentido, a configuração do CMS conta com a participação representada de quatro grupos de sujeitos: representantes do governo nos três níveis, com a presença de seis conselheiros, sendo três titulares e três suplentes; representantes dos prestadores de serviço de saúde que têm a mesma quantidade de conselheiros que o do governo; os representantes dos trabalhadores de saúde, num total de 12 conselheiros (seis titulares e seis suplentes); e representantes dos usuários de saúde, com 24 conselheiros, dos quais 12 são titulares e 12, suplentes. Dessa forma, o grupo com maior participação no conselho é o dos usuários de saúde, o qual chega a ter metade do número total do CMS.

Não se pode deixar de perceber que essa maioria numérica da sociedade civil no CMS interfere nas discussões e processos de tomada de decisões, entretanto, isso depende da qualidade da participação dos conselheiros, da

capacidade que eles terão para argumentar, da correlação de força dentro desse espaço e do grau de informação que detêm acerca das pautas discutidas no CMS.

O formato institucional do CMS conta com o Plenário (reuniões), formado por 50% mais um dos conselheiros, a secretaria executiva, a mesa diretora e as comissões e grupos de trabalho.

As reuniões ordinárias do CMS acontecem uma vez por mês, na primeira quinta-feira e, extraordinariamente, sempre que for necessário e deliberado pelo plenário, obedecendo o tempo regimental de duas horas e meia de duração. As reuniões são abertas à população, e sua divulgação é feita através da página da web do conselho, onde está disponibilizado o calendário de reuniões para cada ano. No entanto, a participação da população nas reuniões do conselho não é comum, só acontece quando algumas matérias polêmicas são colocadas em pauta, ou quando há interesse, por parte das entidades, que se encarregam de ampliar a divulgação. Vale lembrar que o cidadão comum que participar de uma reunião do conselho só terá direito a voz se for deliberado pelo plenário.

O CMS conta, ainda, com uma mesa diretora que agiliza os trabalhos dentro do conselho, a qual é composta por um presidente (representante dos trabalhadores de saúde), um vice-presidente (representante dos usuários), um primeiro secretário (representante do governo) e um segundo secretário (representante dos usuários).

O presidente do conselho tem a função de convocar e presidir as reuniões, convocar as seções extraordinárias, proceder à distribuição dos processos, representar o conselho, promover medidas destinadas ao cumprimento das deliberações do conselho, manter contato com os dirigentes dos órgãos públicos, fazer cumprir as resoluções e deliberações do conselho e submeter-se e determinar a obediência ao Regimento Interno do conselho. O vice-presidente, na ausência do presidente, desempenha as mesmas funções determinadas dele.

O primeiro secretário precisa cumprir as atribuições de acompanhar, orientar e participar dos trabalhos da secretaria executiva, secretariar a mesa diretora nas reuniões, representar o conselho e a mesa diretora quando necessário, cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do conselho. O segundo secretário, na ausência do primeiro, assume todas as atribuições dele.

Outro instrumento do formato do CMS são as comissões e grupos de trabalho. Para o biênio 2009-2011 foram formadas seis comissões²⁴ permanentes de trabalho no âmbito do CMS-JP:

- a) Comissão Interna e Permanente de Acompanhamento de Instrumentos de Gestão e Acompanhamento de Orçamento e Finanças – com a representação de 05 (cinco) entidades;
- b) Comissão Interna e Permanente de Educação, Informação e Comunicação em Saúde – com a representação de 05 (cinco) entidades;
- c) Comissão Interna e Permanente de Constituição, Justiça e Ética – com a representação de 03 (três) entidades;
- d) Comissão Interna e Permanente de Acompanhamento da Atenção Básica – com a representação de 05 (cinco) entidades;
- e) Comissão Interna e Permanente de Acompanhamento dos Serviços de Média e Alta Complexidade – com a representação de 05 (cinco) entidades;
- f) Comissão Interna e Permanente de Acompanhamento da Saúde da População Negra e Outros Grupos em Desigualdade Social - com a representação de 03 (três) entidades.

As Comissões são fundamentais para o bom desempenho do CMS pois a dinâmica das reuniões do conselho é, em sua maioria, determinada pelo trabalho das comissões que recebem as matérias, previamente, além de se reunirem e elaborarem pareceres para serem apresentados e apreciados pelo plenário. Essa dinâmica facilita a discussão das pautas do CMS e possibilita uma otimização do tempo de discussão de cada temática. De acordo com o Regimento Interno do CMS-JP, cada conselheiro pode participar de até duas comissões de trabalho.

Cada comissão/grupo de trabalho elege uma coordenação responsável por coordenar o trabalho, promover as condições necessárias para que a comissão ou grupo de trabalho possa funcionar, apresentar relatório conclusivo à secretaria executiva sobre a matéria estudada e assinar as atas das reuniões das respectivas comissões e grupos de trabalho.

²⁴ Em 2007, havia 08 (oito) comissões permanentes de trabalho, e eram compostas por três membros: 1) acompanhamento das ações preventivas de saúde; 2) acompanhamento do PSF; 3) acompanhamento da rede hospitalar e ambulatorial; 4) acompanhamento de órtese e prótese; 5) constituição e justiça; 6) acompanhamento da PEVA; 7) acompanhamento do centro de referência saúde da mulher; e 8) acompanhamento da gestão administrativo-financeira. O conselho já chegou a ter até dez comissões de trabalho.

Os grupos de trabalhos são instituídos pelo plenário do conselho, com um caráter temporário, compostas por cinco membros, com a finalidade de fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica.

Os participantes das comissões e grupos de trabalho partilham das mesmas atribuições; o que as difere é o caráter, posto que a comissão é permanente e o grupo de trabalho é temporário. Desse modo, as atribuições das comissões e dos grupos de trabalho são: realizar estudos; apresentar proposições; apreciar e relatar as matérias que lhes forem destinadas; requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhorar a apreciação das matérias; elaborar documentos (pareceres) que subsidiem as decisões das comissões e grupos de trabalho e que facilitem a discussão e apreciação do conjunto dos conselheiros. Além disso, as comissões e grupos de trabalho têm a incumbência de visitar os serviços de saúde.

Com base na estrutura apresentada, pode-se aferir que o CMS está consolidado na cidade de João Pessoa por apresentar um colegiado pleno (reunião) composto pela maioria simples dos conselheiros que têm poder para deliberar sobre as matérias de interesse da saúde no âmbito municipal, bem como apresentar uma estrutura que possibilite a otimização das discussões e deliberações das matérias, ou seja, a existência da mesa diretora, da secretaria executiva e das comissões e grupos de trabalho “facilitam” o processo de discussão, encaminhamento e fiscalização das demandas da população, que chegam ao CMS através das entidades representantes.

5.3.3 A participação no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

Quando se fala em participação, associa-se tal noção, imediatamente, ao número daqueles que participam. É claro que é preciso se ter um cuidado com essa precipitação, pois a quantidade dos que participam do OD de João Pessoa é consideravelmente maior dos que a dos que participam do CMS, e esse fato isolado não garante a plena efetividade das demandas da população. Ao mesmo tempo, o CMS, mesmo tendo um número reduzido de participantes, parece ser um

instrumento detentor de um maior poder de deliberação e de execução de suas demandas frente ao OD.

A participação no OD se estrutura a partir de uma metodologia que aproxima a população dos órgãos do governo e das decisões referentes ao orçamento municipal. Essa aproximação ocorre através de um ciclo anual composto por etapas: 1ª) audiências populares; 2ª) reuniões regionais/planejamento com conselheiros e delegados; 3ª) assembleias populares; 4ª) assembleia geral dos delegados; 5ª) audiências regionais setoriais; 6ª) avaliação e planejamento do OD/criação e renovação do conselho do OD. Como já foi exposto, as etapas vão sendo alteradas a cada ciclo de acordo com as necessidades metodológicas.

O número dos que participaram dos seis ciclos de atuação do OD, em João Pessoa, é grande, pois, em cada processo de eleição dos delegados, foram eleitos mais de 300 delegados os quais são eleitos a partir da proporção de inscritos em cada plenária do OD que elege os delegados. Em decorrência disto, verifica-se um afunilamento da participação. Na comunidade/bairro, todos são convidados a participar, de sorte que, na escolha dos delegados, é considerado o número dos presentes; quanto à eleição dos delegados, há uma limitação regimental, ou seja, cada região tem o direito de escolher apenas dois delegados (um titular e um suplente).

Nesse ponto, reside um limite da participação do OD, pois não é considerada a proporcionalidade do número de delegados eleitos nas regiões. O critério da proporcionalidade é abandonado. Dessa forma, as regiões que têm o maior número de delegados pode se sentir prejudicada, uma vez que terá a mesma quantidade de conselheiros que a região com o menor número. Vale lembrar que há uma disparidade enorme quanto ao número de delegados por região, e, conseqüentemente, da participação da população por região.

Tabela 38 – Conselheiros regionais por região

RO	2005-2007	2009-2011	2011-2013
1ª	31	27	20
2ª	34	23	14
3ª	43	37	33
4ª	40	49	28
5ª	62	41	32
6ª	58	43	38
7ª	44	45	32

8 ^a	41	21	24
9 ^a	35	32	28
10 ^a	27	18	15
11 ^a	49	37	18
12 ^a	14	25	17
13 ^a	17	21	11
14 ^a	42	39	28
Total	537	459	338

Fonte: Dados da pesquisa de campo (2011)

A Tabela 38 apresenta um quadro de refluxo da participação de conselheiros regionais; na grande maioria das regiões orçamentárias, apenas as regiões 12^a e 13^a registraram um aumento da participação no período de 2009-2011, no entanto, no período posterior, o número de delegados volta a cair.

No âmbito do CMS, a participação dos conselheiros se dá em apenas um espaço: o plenário, que, apesar de ser aberto à população, há uma limitação regimental: o direito à voz só é concedido a pessoas que não são conselheiras se a Plenária julgar necessário.

Os 24 conselheiros titulares têm direito a voz e voto nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, os 24 conselheiros suplentes têm direito a voz, mas não têm direito ao voto.

Portanto, no que se refere à ampliação da participação de camadas mais carentes da população que têm um histórico de exclusão nos espaços de participação da sociedade, o OD vem avançando muito neste sentido, pois as regiões que têm o maior número de participantes são aquelas que congregam a população que concentra as maiores carências sociais. Essa é uma tendência da maioria dos OPs no Brasil, de modo que já se vêm discutindo novas formas de participação visando a atingir as camadas médias da população nos OPs.

Em algumas experiências de OP, como é o caso de Porto Alegre, chegaram-se a definir critérios de definição quanto às prioridades que levassem em consideração as diferenças regionais (carência de serviço, população total da região e prioridade temática de cada região) visando-se a “beneficiar as áreas pobres da cidade e estimular a participação da população de menor renda” (MARQUETTI, 2003, p. 133).

Outro aspecto relevante no que se refere à participação no OD e no CMS é o papel do Estado nessas instâncias participativas. O OD conta com a participação

esporádica do prefeito e de secretários municipais de acordo com as etapas e temáticas priorizadas. Além disso, no conselho do OD, há a participação do Executivo (quatro conselheiros são indicados pelo governo municipal) e do Legislativo (dois conselheiros são indicados pela Câmara dos Vereadores).

No caso do conselho de saúde, a paridade é mais respeitada, no entanto, a participação do governo é dividida com os prestadores de serviço. Mesmo assim, ante o fato de a sociedade deter a maioria numérica, o “saber técnico”, principalmente, o saber do médico pode influenciar a tomada de decisões.

Por fim, a motivação de participar no OD está relacionada ao atendimento das demandas imediatas e restritas. O que comprova esta afirmativa é o grande número de demandas relacionado ao tema infraestrutura, ao passo em que o CMS é motivado a participar ante a possibilidade de interferir nos processos de formulação, execução e avaliação da política pública de saúde, ou seja, a motivação é constituída por temas estruturais.

5.3.4 A representação do Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

A representação está presente tanto no OD quanto no CMS, no entanto, seguem caminhos distintos. No OD, a participação da população ocupa um lugar de destaque e, só depois, autoriza a eleição de representantes que irão defender o que já fora escolhido pela maioria da população. Esse processo de representação se instaura quando da eleição de delegados, e, em momento posterior da eleição dos conselheiros, ocorre algo interessante, a representação da representação, instituto interessante segundo o qual aqueles que gozam do direito de representação (que lhes fora outorgado pela população) procede ao repasse desse direito aos conselheiros, embora sem que lhes sejam retirada tal prerrogativa, posto que continuam com o mesmo poder representativo quanto à sua região. Sendo assim, passam a existir dois grupos de representantes no OD: os delegados e os conselheiros municipais do OD.

No CMS, a representação acompanha todo o processo de constituição do conselho, pois não é o cidadão comum que tem assento no CMS, mas a entidade. Há, pois, uma dupla representação, só que com características totalmente diferentes

da que ocorre no OD. A diversidade de entidades que têm assento no CMS não permite uma quantificação dos participantes (participação direta) no processo de eleição dos conselheiros e, em grande parte, as próprias entidades que elegem os conselheiros já são entidades representativas, como é o caso dos sindicatos e associações de trabalhadores da saúde.

Dessa forma, quem elege o conselheiro não é o cidadão comum, mas a entidade, diferentemente do que acontece no OD, no qual o mandato do conselheiro regional e/ou municipal está ligado à região, de modo que é na região que se dá a participação direta do cidadão. Entretanto, a qualquer momento, o conselheiro pode ser substituído por sua entidade representada desde que descumpra o Regimento Interno do conselho, que não mantenha uma relação de proximidade ou que não esteja repassando as informações acerca da atuação do conselho. O próprio conselho, através da secretaria executiva, faz o controle da frequência dos conselheiros e, quando identifica que um conselheiro faltou a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas sem justificativa (por escrito, por e-mail) em um ano, entra em contato com a entidade com assento no conselho para que esta providencie um substituto para o conselheiro.

Dessa forma, percebe-se que o conselheiro não detém a titularidade do mandato, posto que é a entidade, a qual mantém uma ligação direta com o conselho e acompanha o desempenho da participação do conselheiro.

5.3.5 Deliberação no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

O COD não detém natureza deliberativa, pois os debates que são estabelecidos no âmbito do COD não exigem ampla argumentação e tomada de decisão, pois é um espaço que pretende respaldar as decisões homologadas nas etapas anteriores do ciclo do OD, as pautas apresentadas no início de cada reunião, podendo ser alteradas e acrescentadas, dependendo da necessidade do COD. Em todas as pautas consta o item informes das regiões, item que toma a maior parte do tempo da reunião.

Dessa forma, percebe-se que o COD de João Pessoa não consegue, ainda, fazer uma discussão ampla acerca das problemáticas da saúde na esfera municipal, de modo que passe para o âmbito do planejamento da cidade como um todo. Todas as etapas do ciclo anual – incluída, aí, a instância máxima (O COD) – fazem uma discussão acerca de questões pontuais. Essa é uma tendência das experiências de OP na maioria das cidades brasileiras que não conseguem avançar para demandas estruturantes da cidade, concebendo-a como um todo articulado.

Dessa forma, os pontos de pauta mais recorrentes são informes das regiões, inaugurações de obras, funcionamento, avaliação e planejamento do ciclo do OD e do próprio COD. Quando há um ponto mais polêmico é colocado em pleito de maioria simples (50% mais um).

O CMS-JP, o qual está regido, atualmente, pela Lei n 11.089/2007, encontra-se no mesmo nível do Secretário Municipal da Saúde, com orçamento próprio, se constituindo num “órgão fiscalizador da gestão da saúde e de caráter deliberativo” (JOÃO PESSOA, 2011, p. 1). Nesse sentido, as deliberações do conselho são construídas a partir da dinâmica das reuniões, que são organizadas pela secretaria executiva e conduzidas pela mesa diretora tomam, como referencial, as determinações do Regimento Interno do conselho.

A pauta e o material de apoio à reunião (inclusive as atas a serem apreçadas e aprovadas) são encaminhados aos conselheiros, por e-mail ou cópia impressa, com antecedência de dois dias, para que os conselheiros possam se preparar para a discussão das matérias no momento da reunião.

Os pedidos de inclusão de pontos de pauta são entregues por entidades com assento no conselho ou órgãos do governo, na secretaria executiva com a devida documentação, dentro do prazo de sete dias antes da reunião que pretende incluir o ponto de pauta.

De posse das solicitações de pauta, a secretaria executiva faz a seleção das pautas para cada reunião considerando os critérios regimentais: pertinência (inserção clara dentro das atribuições do CMS); relevância (inserção nas prioridades temáticas defendidas pelo conselho); tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil) e precedência (ordem de entrada da solicitação).

As reuniões do CMS-JP seguem, sempre, a mesma rotina. O primeiro passo: Antes de serem iniciadas as reuniões, verifica-se se há *quorum* e procede-se à assinatura no livro de frequência. Se for constatada a existência de *quorum*

regimental, ou seja, presença de 50% mais um, dá-se andamento à reunião; se não for houver *quorum*, a pauta da reunião é, automaticamente, reconduzida para a reunião seguinte. Em seguida, é feita a leitura, apreciação e aprovação da ata da reunião anterior; são apresentados os informes ou comunicações breves, proposituras de questões urgentes e/ou de relevância e, só depois, se passa à leitura e discussão da ordem do dia.

Todas as reuniões do conselho são gravadas, o que facilita a elaboração das atas, que precisam ser fiéis ao que fora colocado pelos conselheiros. A elaboração das atas precisa seguir uma lógica expositiva, a qual é definida pelo Regimento Interno: 1ª) relação dos participantes (nome de cada membro, titularidade e entidade representada); 2ª) resumo de cada informe; 3ª) relação dos temas abordados na ordem do dia, com indicação do responsável pela apresentação do ponto de pauta, bem como a inclusão das observações acrescidas pelos conselheiros; 4ª) as deliberações e aprovação das atas anteriores, inclusive mediante o registro do número de votos contra, a favor e as abstenções; 5ª) Inclusão do teor integral das matérias tratadas nas reuniões.

As decisões tomadas no conselho são sistematizadas em resoluções, recomendações e moções. As resoluções são homologadas pelo gestor de saúde (secretário de saúde), que se reporta às responsabilidades legais do CMS-JP. As recomendações são elaboradas (dirigidas a instituições) sobre temas ou assuntos que não são de responsabilidade direta do CMS, mas que se apresentam como relevantes e/ou necessárias. Quanto às moções, elas expressam o juízo do conselho sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar apoio, crítica ou oposição.

O Regimento Interno do CMS-JP apresenta uma determinação para o cumprimento das resoluções aprovadas pelo conselho:

As resoluções do conselho serão, obrigatoriamente, homologadas pela secretaria municipal de saúde em um prazo de 30 dias, dando-lhes publicidade oficial ou justificando com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte. Havendo, ainda, impasse e se 2/3 da plenária entender houve [sic] prejuízo para a população, o ministério público poderá ser acionado (JOÃO PESSOA, 2007, p. 7).

A obrigatoriedade de cumprimento das resoluções do conselho, por parte do gestor de saúde, faz com que o conselho conquiste legitimidade e se fortaleça como instrumento consolidado de controle social. Apesar dessa determinação legal, nem todas as resoluções do CMS são homologadas pelo Executivo, como, por exemplo, no ano de 2006, ano em que duas resoluções não foram homologadas.

5.3.6 O impacto distributivo no Orçamento Democrático e do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB

Uma última dimensão estudada relaciona-se ao impacto distributivo das duas instituições analisadas – o OD e o CMS. Tomou-se, como referencial, a hipótese que baliza a presente tese segundo a qual a participação, nas instituições descentralizadas (OD e CMS), no município de João Pessoa, vem provocando mudanças nas condições de vida da população, e, conseqüentemente, gerando um impacto redistributivo na cidade.

Para tanto, partiu-se do entendimento de que as duas instituições, em comento, apresentam características que, ora se aproximam, ora se distanciam. Entretanto, tentar-se-á traçar um paralelo entre as duas instituições a partir dessas semelhanças e distanciamentos quanto aos efeitos redistributivos provocados por ambas.

O OD de João Pessoa, criado em 2005, teve, como uma das primeiras ações no seu processo de organização, a regionalização da cidade em catorze regiões orçamentárias. Tais regiões são congregadoras de diferenças significativas em termos de área, população, serviços oferecidos, organização política, renda, nível educacional, condições de moradia, dentre outros. Dita diferenciação se estende aos bairros que compõem as regiões.

Os dados que serão utilizados na construção desse tópico, foram sistematizados na Topografia do Município de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2009a), que usa a divisão da cidade adotada pela coordenação do OD em catorze regiões²⁵. Com base nesses dados constatou-se haver diferenciação regional no que

²⁵ A Regionalização, utilizada pela Topografia Social do Município de João Pessoa, foi a definida pela Coordenação do OD no início da experiência, e já sofreu alterações e acréscimos consideráveis. No

tange à população, tendo a 5ª região orçamentária mais populosa, composta por dez bairros, o que corresponde a 13,2% da população do município, e a 12ª região, menos populosa, correspondendo a 1,5% da população. A quantidade de pessoas que participaram da primeira etapa (reuniões regionais), realizada em 2011, foi de 3.737, vale lembrar que essa é a etapa em que se dá a participação direta da população no OD e foram eleitos, nesse ano, 338 conselheiros regionais (ver Tabela 39). Não se pode negar que, em comparação com o CMS, o OD conta com a participação direta de uma parcela considerável da população, no entanto, se considerarmos o número de habitantes por região e o número dos que participam da primeira etapa ainda há uma distância considerável.

Tabela 39 – População por regiões orçamentárias

RO	População	Participantes na 1ª etapa	Conselheiros regionais
1ª	53.749	233	20
2ª	19.038	100	14
3ª	68.007	284	33
4ª	38.997	385	28
5ª	78.724	399	32
6ª	22.405	450	38
7ª	68.754	313	32
8ª	57.022	312	24
9ª	35.804	213	28
10ª	19.443	161	15
11ª	54.149	356	18
12ª	6.288	161	17
13ª	36.896	124	11
14ª	36.762	246	28
Total	596.038	3.737	338

Fonte: João Pessoa (2009a) e OD (2011)

A topografia²⁶ Social do município de João Pessoa (2009a) traz informações relevantes sobre aspectos diversos da cidade, de modo que, a mistura desses aspectos é utilizada para estabelecer o mapa da inclusão/exclusão na cidade. As informações são agrupadas em quatro categorias: autonomia; qualidade de vida; desenvolvimento humano e equidade.

entanto, refere-se, o tempo todo, àquela adotada pela Topografia, dada a riqueza dos dados apresentados neste documento.

²⁶ A Topografia Social do Município de João Pessoa trabalha com dados do IBGE 2000, pois, quando foi elaborada em 2009 ainda não tinha sido divulgados os dados da última contagem da população que só foi concluído em 2010 (JOÃO PESSOA, 2009a).

No que se refere à autonomia, são apresentados os dados sobre os rendimentos dos chefes de família por domicílio. O bairro São José, seguido de Ilha do Bispo, é o território com maior concentração de baixa renda. Ao passo em que a população com melhores condições de renda está no Bairro Jardim Oceania, seguido de Cabo Branco. O curioso é que, ambos, fazem parte da mesma região orçamentária (1ª).

Tabela 40 – Rendimentos da população de João Pessoa por região orçamentária

RO	s/ ren	%	A 1sm	%	1 a 2	%	2 a 3	%	3 a 5	%	5 a 10	%	10 a 15	%	+ 15	%
1ª	493	4,3	1.163	3,7	1.470	4,6	563	3,4	1.069	5,6	2.799	13,1	1.841	25,5	4.975	38,6
2ª	190	1,6	395	1,3	444	1,4	237	1,5	399	2,1	931	4,4	594	8,0	1.897	14,7
3ª	1.119	9,7	2.993	9,5	4.408	13,9	2.873	17,6	3.248	17,2	2.276	10,6	347	4,8	151	1,2
4ª	984	8,5	2.095	6,6	2.374	7,5	1.435	8,8	1.529	8,1	1.113	5,2	145	2,0	94	0,7
5ª	1.809	15,6	3.864	12,3	4.710	14,8	2.622	16,1	3.281	17,3	2.860	13,4	499	6,6	311	2,4
6ª	663	5,7	1.474	4,7	1.581	5,0	698	4,3	574	3,0	268	1,3	45	0,6	37	0,3
7ª	1.317	11,4	4.422	14,0	3.497	11,0	1.712	10,5	1.969	10,4	2.553	11,9	836	11,6	923	7,2
8ª	1.643	14,2	4.673	14,8	3.605	11,3	1.593	9,8	1.428	7,5	970	4,5	195	2,7	82	0,6
9ª	884	7,6	2.882	9,3	2.386	7,5	1.005	6,2	914	4,8	547	2,6	91	1,3	57	0,4
10ª	302	2,6	1.034	3,3	1.034	3,3	535	3,3	640	3,4	847	4,0	266	3,7	348	2,7
11ª	987	8,5	3.555	11,3	3.031	9,5	1.193	7,3	1.147	6,1	1.637	7,7	619	8,6	1.342	10,4
12ª	162	1,4	387	1,2	506	1,6	257	1,6	146	0,8	63	0,3	7	0,1	6	0,0
13ª	590	5,1	1.363	4,3	1.366	4,3	700	4,3	1.164	6,1	1.973	9,2	854	11,8	1.753	13,6
14ª	419	3,6	1.235	3,9	1.354	4,3	905	5,5	1.432	7,6	2.554	11,9	908	12,6	896	7,0
Total	11.562	100	31.535	100	31.766	100	16.328	100	18.937	100	21.391	100	7.212	100	12.872	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

Os dados demonstram que a maioria da população que compõe as regiões orçamentárias de João Pessoa apresenta rendimentos de até dois salários mínimos (74.863); neste grupo se encontram as pessoas sem rendimentos, quase doze mil habitantes, com uma concentração maior nas 4^a, 8^o, 7^a e 3^a regiões orçamentárias. Essa tendência se observou, também, na experiência de Porto Alegre, onde os participantes de todas as instâncias do OP possuem renda familiar abaixo da renda típica de uma classe média. No caso de Porto Alegre, havia uma estatística em 1996, segundo a qual, em uma família de classe média, cada membro recebia o equivalente a 70% da renda *per capita* de Porto Alegre, a renda de uma família de classe média seria o equivalente a 10 salários mínimos (MARQUETTI, 2003).

Assim, a 1^a região aparece com a maior concentração de renda, ou seja, o maior número de pessoas com rendimentos acima de 15 salários mínimos e a 5^a região apresenta a maior concentração de pessoas sem renda. Nesse sentido, é possível vislumbrar as regiões que necessitariam de maiores investimentos por parte dos poderes públicos, no entanto, o formato de OD, implantado em João Pessoa, não se estrutura a partir de critérios de carências e, conseqüentemente, não elabora um plano de investimentos pautado numa grade de carências e na possibilidade de redistribuição de renda.

A qualidade de vida da população foi aferida através de algumas variáveis: Domicílios não próprios (DNP); Domicílios sem acesso à rede de água (DSAA); Domicílios sem esgoto (DSE); Domicílios sem banheiro (DSB); Domicílios precários (DP) e Domicílios sem coleta de lixo (DSCL). Dessa forma, traçou-se o retrato da infraestrutura disponível nos bairros (regiões orçamentárias) e a variação da densidade populacional entre os domicílios. Assim, a pior qualidade de vida está no Distrito Industrial (RO 6^o) e, a melhor, está no Jardim São Paulo (RO 14^o).

A Tabela 41 possibilita perceber que o cruzamento de todas as variáveis apresenta a 5^a região orçamentária com a pior qualidade de vida, pois aparece com o maior número de domicílios não próprios (14,1%), com 13,2%, de domicílios sem esgoto, 11% de domicílios precários e 15,4% de domicílios sem coleta de lixo. Isso explica o fato de, nos cinco primeiros anos do OD no município, a 5^a região ter indicado a infraestrutura como prioridade.

Tabela 41 – Qualidade de vida da população de João Pessoa

RO	DNP	%	DSAA	%	DSE	%	DSB	%	DP	%	SSCL	%
1 ^a	10.249	9,0	252	7,2	8.537	9,8	109	4,7	40	6,0	211	2,7
2 ^a	3.466	3,0	553	15,9	1.763	2,0	131	5,7	42	6,0	318	4,1
3 ^a	13.429	11,7	244	7,0	3.442	4,0	100	4,4	26	3,9	276	3,6
4 ^a	7.744	6,9	229	6,6	9.574	11,0	149	6,5	48	7,2	868	11,3
5 ^a	16.132	14,1	374	10,7	15.770	13,2	265	1,5	74	11,0	1.182	15,4
6 ^a	4.015	3,5	195	5,6	5.301	6,1	151	6,6	61	9,1	536	7,0
7 ^a	12.972	11,3	182	5,2	5.587	11,0	326	4,2	32	4,6	457	5,9
8 ^a	10.134	8,9	58	1,7	13.185	15,2	191	8,3	43	6,4	560	7,3
9 ^a	6.629	5,8	15	6,2	6.934	8,0	248	10,8	123	18,4	1.299	16,9
10 ^a	3.680	3,2	35	1,0	1.536	1,8	99	4,3	12	1,8	331	4,3
11 ^a	10.098	8,8	140	4,0	6.779	7,8	267	11,6	25	3,7	816	10,6
12 ^a	1.346	1,2	711	20,4	1.516	1,7	69	3,0	27	4,3	374	4,9
13 ^a	6.676	5,8	186	5,3	616	0,7	60	2,6	83	12,4	196	2,5
14 ^a	7.585	6,6	109	3,1	2.445	2,7	131	5,7	32	4,8	276	3,6
Total	114.355	100	3.483	100	86.885	100	2.296	100	670	100	7700	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

A variável “desenvolvimento humano” considerou os anos de estudo dos chefes de famílias: aqueles com mais de 5 anos de estudo foram medidos como de inclusão e, abaixo disso, como de exclusão. O Centro concentra a população com mais anos de estudo seguido de Brisamar, ao passo em que a pior situação está em São José, seguido de Alto do Céu.

Um aspecto a ser considerado é a baixa escolaridade dos chefes de família, ou seja, mais de sessenta mil pessoas não completaram três anos de estudo, encontrando-se, assim, abaixo da situação definida como de bom desenvolvimento humano. Esse aspecto é fundamental na nossa análise, pois o perfil dos participantes do OD revela essa situação de baixa escolaridade.

As diferenças regionais observadas no que se referem à autonomia e à qualidade de vida são, também, perceptíveis quanto ao aspecto do desenvolvimento humano. A 5ª região concentra o maior número de chefes de família com menos de três anos de estudo, ao passo em que a 1ª região aparece com o maior número de chefes de família com mais de quinze anos de estudo. Outro fator a ser observado é que o número dos que não têm instrução é quase igual ao dos que têm mais de 15 anos de estudo, o que reafirma a concentração de renda existente na cidade.

Tabela 42 – Anos de estudo da população de João Pessoa por região

RO	A 3 a	%	4 a 7	%	8 a 10	%	11 a 14	%	15 anos	%	S inst	%	N alf	%
1ª	1.001	4,7	1.493	4,3	1.075	5,6	3.551	10,5	6.312	27,4	923	4,9	1.097	4,7
2ª	323	1,5	592	1,7	415	2,2	1.183	3,5	2.226	9,7	318	1,7	375	1,6
3ª	1.983	9,3	4.469	12,7	3.105	16,3	5.392	15,9	1.231	5,3	1.209	6,4	1.539	6,6
4ª	1.256	5,9	2.396	6,8	1.764	9,2	2.618	7,7	616	2,7	1.092	5,8	1.314	5,7
5ª	2.950	13,8	5.080	14,5	3.033	15,9	5.010	14,8	1.477	6,4	2.747	12,5	2.975	12,9
6ª	1.146	5,4	1.654	4,7	651	3,4	629	1,9	112	0,5	1.136	6,0	1.389	6,0
7ª	2.770	12,9	4.278	12,2	1.900	10,0	3.507	10,3	2.104	9,1	2.653	14,1	3.188	13,8
8ª	2.752	12,9	4.477	12,8	1.956	10,2	2.034	6,0	465	2,0	2.458	13,1	3.061	13,2
9ª	1.791	8,4	2.575	7,3	1.167	6,1	1.183	3,5	274	1,2	1.767	9,4	2.126	9,2
10ª	701	3,3	1.154	3,3	615	3,2	1.135	3,3	746	3,2	647	3,4	806	3,5
11ª	2.613	12,2	3.037	8,7	1.185	6,2	2.108	6,2	2.091	9,1	2.457	13,1	3.158	13,6
12ª	289	1,4	508	1,4	239	1,3	183	0,5	31	0,1	283	1,5	364	1,6
13ª	890	4,2	1.875	5,3	1.018	5,3	2.424	7,2	2.803	12,2	732	3,9	782	3,4
14ª	925	4,3	1.485	4,2	970	5,1	2.945	8,7	2.565	11,1	805	4,3	970	4,2
Total	21.392		35.073		19.093		33.902		23.053		18.827		23.144	

Fonte: João Pessoa (2009a)

A equidade foi medida pelo cruzamento de dois indicadores: a incidência da mulher responsável pelo domicílio (DRM), a incidência da responsável pelo domicílio não alfabetizada (RMNA) e a incidência da responsável pelo domicílio sem renda (RMSR). Assim, as piores situações de mulheres responsáveis, ou seja, de mulheres analfabetas e sem renda, foram detectadas, com forte expressão, no Distrito Industrial, e a menor precarização estava em Água Fria.

Tabela 43 – Equidade

RO	DRM	%	RMNA	%	RMSR	%
1 ^a	4.382	9,1	61	10,5	193	4,4
2 ^a	1.585	3,3	23	4,0	60	1,4
3 ^a	5.524	11,5	63	10,9	422	9,7
4 ^a	2.969	6,2	33	5,7	399	9,2
5 ^a	5.643	11,7	76	13,1	658	15,1
6 ^a	1.221	2,5	18	3,1	198	4,5
7 ^a	5.714	11,9	64	11,0	474	10,9
8 ^a	4.995	10,4	55	9,5	638	14,7
9 ^a	2.822	5,9	40	6,9	349	8,0
10 ^a	1.774	3,7	19	3,3	112	2,6
11 ^a	4.230	8,8	47	8,1	401	9,2
12 ^a	219	0,5	3	0,5	22	0,5
13 ^a	3.864	8,0	40	6,9	265	6,1
14 ^a	3.119	6,5	38	6,6	162	3,7
Total	48.061	100	580	100	4.353	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

O maior número de domicílios chefiados por mulheres se encontra na 7^a região (5.714), ao passo em que o menor está na 12^a região (219). A incidência da mulher responsável pelo domicílio não alfabetizada e sem renda é maior na 5^a região e menor na 12^a.

Do cruzamento das quatro variáveis (autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade) foi elaborado o mapa da inclusão/exclusão de João Pessoa que revela que a maior concentração de população de João Pessoa (40%) encontra-se com predomínio de exclusão social (entre -0,26 e -0,50). Nos piores graus de exclusão encontram-se 5% da população e, no melhor grau de inclusão, apenas 2,9%, como apresenta a Tabela 44.

Tabela 44 – Domicílios e população por quartil da exclusão

faixas de IEX	domicílios	população	% dom	% pop
de -1 a -0,75	6976	29493	4,6	5,0
de -0,75 a -0,50	30487	125030	20,2	21,0
de -0,50 a -0,25	60999	241789	40,3	40,6
de -0,25 a 0	16407	64328	10,8	10,8
de 0 a 0,25	5212	20039	3,4	3,4
de 0,25 a 0,50	11100	40843	7,3	6,9
de 0,50 a 0,75	15218	56313	10,1	9,5
de 0,75 a 1	4867	17219	3,2	2,9
total	151266	595054	100	100

Fonte: João Pessoa (2009a)

A vontade de usar o OD com efeito redistributivo, de certa forma, aparece no discurso da gestão municipal de João Pessoa, pois o prefeito Ricardo Coutinho afirma que

O OD é fruto da vontade política de democratizar as relações do Estado com a sociedade e de direcionar as políticas públicas para o desenvolvimento social, sustentável, como forma de resgate da cidadania e da **melhoria da qualidade de vida de toda a população** (JOÃO PESSOA, 2010, p. 01).

No entanto, o próprio formato da experiência dificulta a percepção de tais efeitos. Primeiro, pelo fato de o formato do OD não privilegiar uma grade de carência para orientar as decisões tomadas no processo de participação. Dessa forma, o que ocorre no processo de participação no OD é a exposição das necessidades (demandas) por parte da população, sem que haja um estudo da viabilidade e/ou necessidade (mais do que as outras regiões) das obras indicadas pela população. Segundo, e em decorrência do primeiro, não existe um plano de investimento a partir de um montante destinado pela gestão municipal sob o qual a população possa decidir.

Assim, a população é convocada a participar na indicação de prioridades para a sua região, mas, como não se sabem os valores disponíveis, percebe-se a dificuldade para que a população tome decisões mais concretas acerca da possível efetivação de obras em suas regiões. O que vem ocorrendo em João Pessoa é que a população indica obras necessárias em determinadas áreas (saúde, infraestrutura,

educação), mas essa indicação não traz a garantia da respectiva implantação e de execução do que é demandado.

Isso ocorre devido à falta de sintonia entre as demandas e o olhar técnico das secretarias municipais, ou seja, como já aponta Macena e Silva (2011, p. 15), “há uma resistência por parte dos gestores públicos em compreender o processo de participação organizado por este mecanismo democrático”. Se, por um lado, existe vontade política do gestor municipal em “abrir”, à população, as discussões referentes ao uso dos recursos municipais. Essa abertura foi permitida, em João Pessoa, a partir da gestão de Ricardo Coutinho (PSB) que, apesar de não ser filiado ao Partido dos Trabalhadores, implementou o OD, prática implementada, inicialmente, por governos filiados ao PT, e que, com o passar dos anos, foi sendo apropriada e adotada por governos de diversos partidos políticos. Por outro lado, a novidade trazida pelo OD – o estabelecimento de uma relação dialógica entre governo e a população – nem sempre é aceita da mesma forma por todos aqueles que assumem a condução das secretarias municipais.

Dessa forma, não se pode negar que o simples fato da existência do OD em João Pessoa seja um avanço na forma de perceber e de conceber a política local, no entanto, a vontade do gestor municipal, por si só, não é suficiente para que a prática se desenvolva bem, é imprescindível que toda a equipe integrante do governo se sensibilize e se sinta parte do processo de participação, entendendo que a participação da população, na definição de prioridades e de obras para a sua região, é fundamental para a implementação de políticas públicas mais eficazes e equânimes. Nem sempre é isso o que vem ocorrendo nas cidades que adotam o OP como prática de gestão dos recursos públicos, e, em particular, em João Pessoa, pois a cultura política tradicional arraigada no clientelismo, no corporativismo e na percepção desse espaço como curral privilegiado de poder e/ou de ascensão política²⁷ nas secretarias municipais vem dificultando o bom desempenho do OD, que se estrutura na cidade ainda com algumas limitações, uma das quais é a que trata da falta de compreensão dos órgãos de governo acerca da importância do OD no plano mais geral de planejamento da cidade como um todo.

²⁷ As duas principais cidades da Paraíba (João Pessoa e Campina Grande) estão indicando secretárias de pastas do governo para se apresentarem para o cargo de prefeitas dessas cidades.

Visando a apresentar uma análise do impacto distributivo gerado pelas instituições descentralizadas de João Pessoa (o OD e o CMS) dar-se-á ênfase, nesse tópico, ao OD, pelo fato de ele lidar com uma variedade de temáticas discutidas pela população no processo de participação e por ter, como foco central, nesse processo, as questões relacionadas à aplicação dos recursos financeiros municipais e à possibilidade de a população “interferir” na destinação desses recursos.

O CMS-JP, pelo seu formato, discute apenas um tema – a saúde – mas o faz com muita propriedade e determinação, ou seja, o conselho consegue dar conta de discutir o processo de planejamento, execução, acompanhamento e fiscalização dos programas, projetos e planos relacionados à política de saúde. Entretanto, boa parte desses programas e projetos deliberados no âmbito do CMS é desenvolvida com recursos do governo federal que são gerenciados pelo município, apesar de ser mais difícil de aferir o impacto que essas ações de saúde têm no município, tentar-se-á referenciar à saúde no momento da análise do OD, uma vez que essa temática foi recorrente em todos os anos de implementação do OD no município.

Considerado que, como já fora sinalizado, o OD de João Pessoa não trabalha com uma grade de carência e com um plano de investimentos redistributivo, não será possível montar uma análise dos efeitos redistributivos em toda a cidade, como o fez Marquetti (2003) com base na experiência do OP de Porto Alegre. Por esse motivo, optou-se pela definição de três regiões orçamentárias que tiveram, no processo de participação, os maiores índices de participantes diretos inscritos nas etapas do OD, entendendo que pode existir uma pressão desses participantes no sentido de forçar a inclusão de um número maior de obras para as suas respectivas regiões e definiu-se, também, três áreas que estiveram no topo das discussões no OD desde o início da experiência na cidade.

De acordo com a Topografia Social do Município de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2009a) 38 (trinta e oito) bairros da cidade apresentam um índice de inclusão social insatisfatório, ou seja, abaixo de zero.

Tabela 45 – Inclusão e Exclusão versus obras do OD

RO	População	IEX		n. de bairros		Obras do OD
		Pior	Melhor	IEX - 0	IEX + 0	
1 ^a	53.749	- 0,74	0,74	01	06	04
2 ^a	19.038	- 0,68	1,00	04	02	01
3 ^a	68.007	-0,28	-	01	-	13
4 ^a	38.997	-0,60	-0,32	04	-	03
5 ^a	78.724	-0,75	0,54	09	01	05
6 ^a	22.405	-0,71	-1,00	03	-	06
7 ^a	68.754	-0,48	0,45	02	01	10
8 ^a	57.022	-0,63	-0,38	02	-	05
9 ^a	35.804	-0,74	-0,32	04	-	16
10 ^a	19.443	-0,33	0,29	02	01	07
11 ^a	54.149	-0,85	0,64	04	02	04
12 ^a	6.288	-0,67	-	01	-	08
13 ^a	36.896	-0,13	0,76	01	04	17
14 ^a	36.762	-0,24	0,66	02	03	05
Total	596.038	-	-	38	20	104

Fonte: João Pessoa (2009) e Dados da pesquisa de campo (2011)

Na tentativa de perceber a existência de impacto distributivo do OD-JP confrontaram-se os dados da referida Topografia com o quadro de obras executadas (e em andamento) do OD e percebeu-se que a região com o maior número de obras executadas (13^a) não é a que conta com os índices mais baixos de inclusão social, muito pelo contrário, a 13^a é a região que possui quatro bairros com índices de inclusão satisfatórios, dentre eles encontra-se o Centro. Dessa forma, um olhar superficial para esses dados revela que não houve efeito distributivo pela aplicação de recursos ter tido concentração em uma região que não apresenta as maiores necessidades de inclusão. Entretanto, é importante lembrar que uma das temáticas recorrentes no OD tem sido a que trata da geração de emprego e renda e a que é pertinente a uma concentração do atendimento dessa demanda no Centro da cidade, mas que beneficia moradores de todas as regiões da cidade que atuam como trabalhadores no Centro.

A 9^a região é a segunda com mais obras executadas (dezesseis), e é uma região em que todos os bairros apresentam índices baixos de inclusão social, com um dos piores índices de inclusão da cidade (Ilha do Bispo). Tanto nessa região quanto na 3^a região (Mangabeira) que aparece em terceiro lugar no número de obras

executadas acredita-se que houve uma pressão popular no processo de definição e execução das obras, pois são regiões com altos índices de exclusão social e que tiveram uma boa participação da população nas etapas do OD.

Nesse sentido, só é possível perceber indícios de impacto distributivo se se olhar para as regiões isoladamente e se se compararem com as necessidades das referidas regiões. Quando se tem em mente a totalidade do município com o quadro geral das necessidades por bairros e regiões observa-se que o formato do OD, implantado em João Pessoa, não vem provocando um impacto distributivo na aplicação dos recursos da cidade. A população participa do processo do OD, indicando e priorizando obras para as regiões que consideram mais urgentes e necessárias, no entanto, não se faz o cruzamento desses dados com o quadro de necessidades/carências das referidas regiões. Acredita-se que esse é um ponto nevrálgico do OD, pois é como se a população estivesse “atirando no escuro” indicando obras que, ao ver da população, são as mais urgentes, mas que não tem garantia de que elas serão realizadas.

Entende-se, nesse ponto, que residem dois problemas sérios. O primeiro é que a legitimidade da participação da população fica comprometida na medida que a população deixa suas casas e afazeres para participar dos espaços de tomada de decisões abertos pelo OD no intuito de apontar e conseguir melhorias para as suas comunidades e regiões e o formato do OD não possibilita, à essa população, o acompanhamento efetivo das demandas apresentadas no início do processo de participação. Dessa forma, a participação popular tão exaltada pela gestão como uma “democracia prática”, termina favorecendo muito mais ao governo, que inclui o discurso participacionista como alavanca política, do que à própria população que participa e não tem meios de acompanhar o “caminho” da demanda até a execução.

O outro problema é a inexistência, no OD, de um espaço de discussão mais geral acerca do futuro da cidade, ou seja, de um planejamento em longo prazo de ações estruturantes que possam beneficiar a cidade como um todo. Essa questão foi apontada por Lima (2011) quando defende que não existe uma articulação entre o Plano Diretor da cidade de João Pessoa e o OD. O autor ainda reforça que

O OD se exime de questões relevantes derivadas de urbanização insustentável e excludente como violência urbana, desastres ambientais, inundações, precariedade de moradia da população pobre, congestionamento no trânsito viário [...] e outras discussões que afetam a vida de todos (LIMA, 2011, p. 4).

Dessa forma, Lima (2011) defende a ideia de que existe uma fragilidade no que se refere ao desenvolvimento urbano causada pelo modelo centralizador de projetos estruturantes que não passam pelo crivo da participação da população no OD. Assim sendo, pode-se afirmar que coexistem, na cidade João Pessoa, duas formas de elaboração e gestão de políticas públicas, uma das quais é destinada aos programas estruturantes ligado às práticas centralizadoras e restritas aos técnicos das secretarias municipais e, a outra, que se dedica a discutir os problemas mais “imediatos”, paliativos, no sentido de curto e médio prazos, que passa pelas instâncias participativas de tomada de decisões, como é o caso do OD.

Assim, é preciso que o OD de João Pessoa avance no sentido de pensar o futuro da cidade. Para que isso aconteça faz imprescindível que se estabeleça o diálogo do OD com as secretarias municipais, não só no sentido de um diálogo aberto entre o governo e a população, mas como condição fundamental para a otimização e continuidade da experiência do OD.

Portanto, a análise comparativa entre o CMS e o OD-JP revela que estes dois espaços foram concebidos de forma diferenciada, o CMS por uma determinação legal obrigatória, em âmbito nacional (Lei Orgânica da Saúde), e o OD, por uma iniciativa do governo local visando a empreender diálogos com a população quanto à gestão dos recursos públicos municipais. No entanto, tanto o CMS quanto o OD vêm provocando uma concreta alteração na relação entre a Sociedade e o Estado, a qual deixou de ser centralizadora para ser dialógica.

O CMS e o OD apresentam características similares e diferenças. As semelhanças entre as duas instituições são: a aproximação, que ambas promovem entre os sujeitos políticos representantes do governo, com a população, e a discussão de temas relacionados à gestão das políticas públicas. Porém, o OD parece gozar de maior possibilidade de alterar as relações de poder do que o CMS devido à flexibilidade de alteração das “regras do jogo”, ou seja, a qualquer momento podem ser sugeridas e votadas, na assembleia geral dos conselheiros do OD (acontece a cada ano), mudanças no formato da metodologia do OD; ao passo em que o CMS não pode promover esse tipo de alteração com tanta facilidade para

que se possa mudar algo dentro do formato do conselho, posto que se mostram, como imprescindíveis, alterações dentro da lei que rege o conselho – o seu Regimento Interno – o qual só pode ser modificado mediante ampla discussão entre o executivo e o conselho, submetendo-se, *a posteriori*, à aprovação da Câmara Municipal de Vereadores.

Outro fator de diferenciação entre o OD e o CMS são as pautas discutidas. O OD, pelo seu próprio formato, discute assuntos referentes a uma gama de temas: saúde; infraestrutura; educação; geração de emprego e renda, trânsito; cultura; dentre outros, mesmo que uns tenham prevalência na maioria dos ciclos anuais, como é o caso de infraestrutura e saúde. O CMS, por outro lado, discute apenas os assuntos relacionados à política de saúde em toda a sua amplitude (elaboração, gestão e fiscalização). Dessa forma, entende-se que o CMS tem avançado ao discutir todos os aspectos da política de saúde, no entanto, as reuniões desse conselho, muitas vezes, “gastam” boa parte do tempo em discussões específicas às instituições que compõem o referido conselho e à discussão e aprovação das pautas encaminhadas pela gestão municipal, via secretaria de saúde do município.

Dessa forma, o OD e o CMS são extremamente importantes para o fortalecimento da gestão democrática proposta pelo governo atual, pois, apesar dos conflitos e problemas existentes, a qual toda experiência desse tipo está sujeita, estes espaços vêm se firmando, no município, como espaços capazes de promover reflexões importantes acerca das políticas públicas. Num futuro próximo, com as eleições municipais de 2012, será possível avaliar melhor o potencial de continuidade do OD, caso o grupo político que está à frente do poder, na capital paraibana, não consiga ser reconduzido ao poder no pleito eleitoral iminente. O CMS de saúde não corre esse risco de desarticulação pelo fato de sua existência revestir-se de obrigatoriedade, ao passo em que, por outro lado, uma mudança radical da gestão municipal pode afetar, também, a relação entre o CMS e o governo.

Além das semelhanças e diferenças existentes entre o CMS e o OD percebe-se que paira um desafio sobre essas duas instituições; trata-se do desafio de se construir uma articulação entre elas, posto que parece estranho haver duas instituições que tenham, por natureza, discutir um mesmo assunto, e que consigam, a um só tempo, lograr atingir objetivos semelhantes sem que mantenham quaisquer articulações.

6 APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

*Não importa onde você parou...
em que momento da vida você cansou...
o que importa é que sempre é possível e
necessário “Recomeçar”.*
(Carlos Drummond de Andrade)

As inúmeras mudanças na gestão dos municípios, operacionalizadas no Brasil, nos últimos trinta anos, apontam para uma mudança na forma de democracia existente no país. O que ocorre no Brasil é um processo de avanços e recuos, nem a democracia representativa, apesar de seus muitos “defeitos” tornou-se virtuosa, nem a democracia participativa, com suas muitas “virtudes”, exaltadas não só por governos de esquerda, foi implantada em sua plenitude.

Nesse sentido, há, no país, uma convivência de três formas de democracia: a representativa, a participativa e a deliberativa. Não se pode negar que, dessas três formas, a democracia representativa continua sendo a que tem maior alcance, pois são as formas representativas que prevalecem nas eleições dos governantes em todos os níveis de governo, as decisões mais importantes para o país são tomadas nas esferas representativas de governo (Câmara Federal dos deputados, senado e assembleias estaduais dos deputados). É, também, nesses espaços que se revelam as grandes contradições de legitimidade, os maiores escândalos políticos, a maior parte dos quais, ligados à corrupção eleitoral. Nos últimos anos foram muitos os legisladores que passaram por investigações sérias por estarem envolvidos em esquemas de corrupção tendo alguns, até, chegado a perder seus mandatos.

Como forma de amenizar os desmandos da democracia representativa, o Brasil vem gestando, nos últimos anos, novas formas de gestão democrática, conhecidas como formas ligadas à democracia participativa, em que a população encontra espaços para discutir as suas necessidades e, de certa forma, interferir nas decisões tomadas que envolvem os interesses dessa população. Assim, foram sendo criados orçamentos participativos e conselhos gestores de Norte a Sul do país, os conselhos estão mais disseminados do que os OPs, uma vez que são regulamentados por lei federal enquanto que os OPs ficam a depender da vontade política do gestor local. Os conselhos gestores tanto são descritos como

instrumentos da democracia participativa quanto da democracia deliberativa. No entanto, Cunha (2007, p. 42) ao comparar os OPs e os conselhos gestores no Brasil afirma que “os conselhos parecem ser uma expressão concreta do tipo de instituição que a teoria deliberativa propõe”.

Os dados da pesquisa de campo nos permitem afirmar que existe uma frágil relação de causalidade entre a participação e distribuição dos recursos no município de João Pessoa nas duas últimas gestões. Dessa forma, a hipótese se confirma, posto que a participação da população, no OD e no Conselho de Saúde, poderá vir a modificar as relações entre a sociedade e o governo, com forte tendência para o estabelecimento do diálogo entre ambos, mas, ainda, não é possível perceber a evidência concreta de que a participação no OD e no CMS vem provocando melhorias significativas nas condições de vida dos participantes.

No entanto, identificamos que apesar de, ainda, não ser possível montar uma análise aprofundada acerca da relação participação da população e impacto distributivo, pelo fato da inexistência de elementos analíticos, esse tema aparece como uma agenda para futuras pesquisas.

Não se pode negar que muitas mudanças vêm se colocando em tela no município e que são difundidas, em grande parte, através de um discurso (por parte da gestão) de que a participação da população está provocando mudanças na gestão e no aprofundamento da democracia. No entanto, um olhar minucioso sobre essas duas instituições permite perceber que as mudanças havidas são mais uma decorrência de exigências da realidade (necessidades concretas das comunidades e bairros) e da própria gestão (exigências de implantação de programas e projetos) do que de uma “obediência” às solicitações da população.

Visando-se a demonstrar como essa afirmação se sustenta tomou-se o OD como ponto referencial, posto que nos oferece o maior número de elementos para a apresentação da explanação em defesa. Dentro do formato do OD, pela sua complexidade e amplitude, foram escolhidas três regiões orçamentárias e três temas mais discutidos no OD nos anos de sua implementação no município de João Pessoa.

A escolha das três regiões orçamentárias (4^a, 5^a e 6^a) foi direcionada pelo número de participantes na primeira etapa do OD em 2011. A 4^a região orçamentária

é composta pelos bairros²⁸ Muçumagro, Paratibe, Planalto Boa Esperança e Valentina, os quais integram um quantitativo populacional de 38.997 habitantes; na primeira etapa do OD 2011 a região contou com a participação de 385 moradores da região. No que se refere à inclusão/exclusão social, todos os bairros da região possuem índices de inclusão social inferiores a zero (negativos).

A 5ª região congrega os bairros de Água Fria, Cidade dos Colibris, Costa e Silva, Cuiá, Ernani Sátiro, Ernesto Geisel, Funcionários, Grotão, João Paulo II e José Américo e possui a maior concentração populacional das três regiões com uma população de 78.724, da qual 399 moradores participaram da primeira etapa do OD em 2011. Na 5ª região, encontra-se o bairro de Água Fria, o qual é, das três regiões, o único que se apresenta com um índice de inclusão satisfatório, ao passo em que os demais bairros estão abaixo da média exigida.

A 6ª região, formada pelos bairros Distrito Industrial, Bairro das Indústrias, Jardim Veneza, Mubaba e Mussaré, os quais, apesar de terem, na região (das três escolhidas), o menor índice populacional, foi a que obteve o maior número de participantes na primeira etapa do OD (450 moradores). Nesta região está localizado o bairro com o pior índice de inclusão do município – o Distrito Industrial, mas os demais bairros também apresentam índices de inclusão abaixo da média.

As três áreas que fizeram parte das discussões do OD de João Pessoa, desde sua criação até os dias atuais, com mais frequência, foram: infraestrutura; saúde; e educação tanto como as áreas prioritárias no maior número de regiões orçamentárias quanto como temas discutidos nas audiências populares regionais. A predominância dessas áreas aparece, claramente, no quadro de obras do OD executadas ao longo dos anos, porém, é preciso lembrar que não há um acompanhamento sistemático dos participantes do OD em todo o percurso das demandas até a execução da obra, posto que, como afirma Silva e Almeida (2011), existe um hiato enorme entre o momento da identificação/apresentação da demanda e a sua execução.

Nesse ponto reside uma fragilidade metodológica do OD-JP ao não conseguir dar legitimidade ao processo de participação, dessa forma, corre-se o risco de a experiência perder força e de a população perder o estímulo em participar, como

²⁸ Consideraram-se os dados da topografia do Município de João Pessoa (2009), na qual já foram operacionalizadas algumas mudanças pela coordenadoria do OD quanto à definição dos bairros e áreas geográficas que compõem as regiões.

aconteceu com a experiência do OP de Campina Grande/PB que, segundo Pereira (2004), a distância entre o que era demandado e o que era executado era demasiada, de modo que se foi estabelecendo um refluxo da participação da população.

Silva e Almeida (2011) já apontam uma tendência de refluxo da participação no OD de João Pessoa, pois, no ano de 2005, foi detectado um número de 27.000 (vinte e sete) mil participantes de todas as etapas do OD, ao passo em que, no ano de 2011, esse número já havia caído para 8.000 (oito) mil participantes.

A partir da catalogação das obras do OD-JP, divulgadas no site do OD digital, foram contabilizadas 104 (cento e quatro) obras (concluídas e em andamento), as quais estavam distribuídas nas regiões orçamentárias entre os anos de 2006 e 2010. Essa estatística não condiz com o número exato de obras indicadas pela população e executadas pelo governo municipal posto que esse número é bem superior, mas de qualquer forma, trabalhou-se, nesta tese, com os dados disponibilizados no site oficial do OD.

A maioria das obras do OD contempla a temática infra-estrutura, obedecendo assim, à recorrência do tema nos ciclos anuais e nas várias regiões orçamentárias, no entanto, nas 4^a, 5^a e 6^a regiões, o tema que prevaleceu foi educação.

A confrontação entre o quadro de prioridades regionais para cada ano e as obras executadas nas respectivas regiões mostra que há uma distância entre o que é indicado pela população e o que é, concretamente, executado nas regiões. Tome-se, como referência, a 6^a região, a qual, de 2005 a 2010, indicou, como prioridades, saúde e infra-estrutura, em todos os anos, e educação em apenas três anos, no entanto, o maior número de obras (quatro) executadas foi na área de educação, uma na área da saúde e outra na área de infra-estrutura. O mesmo ocorreu na 5^a região, a qual indicou que se priorizassem investimentos em saúde em cinco ciclos anuais; infra-estrutura e educação, em quatro anos; a educação também exigiu direcionamentos em maior número de obras, quatro. Na 4^a região, o quadro é ainda mais gritante, pois, infra-estrutura e educação são apontadas pela população como prioridades em todos os ciclos anuais e, apesar de o número de obras ser muito pequeno (apenas três), nenhuma obra de infra-estrutura foi realizada.

Dessa forma, a participação da população “interfere”, “ajuda” no processo de definição das obras executadas no município, mas não exerce o papel principal, posto que, nas primeiras etapas do OD, a população participa expressivamente, e

apresenta as suas preferências, no entanto, esse fato não redundará em garantias de que essas preferências serão respeitadas. Isso ocorre devido à falta de articulação e intersetorialidade entre o OD e as secretarias municipais, que estão juntas no momento de ouvir as demandas da população, mas se afastam no momento de formatar a Peça Orçamentária.

No que se refere à temática saúde, percebe-se que uma das principais solicitações da população, e que se reflete nas obras do OD, é a construção de USF (Unidade de Saúde da Família) no município. Segundo informações da Topografia Social do Município de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2009), a 4ª região possui 15 (quinze) equipes do PSF (Programa Saúde da Família), distribuídas entre os bairros Paratibe, Planalto Boa Esperança e Valentina Figueiredo, de modo que o único hospital existente, nas três regiões, está localizado no Valentina Figueiredo. A 5ª região possui 27 (vinte e sete) equipes do PSF, distribuídos em todos os bairros da referida região e, a 6ª região, possui 11 (onze) equipes do PSF, dos quais cinco estão localizados no Bairro das Indústrias, uma no Distrito Industrial e cinco no Jardim Veneza.

A saúde serve como elo entre o OD e o CMS, pois, da mesma forma em que há deliberações acerca dos serviços de saúde no OD o são também no âmbito do CMS. A diferença é que, no OD, são discutidas apenas as questões mais gerais sobre a localização e custos da obra, ao passo em que, no CMS, há uma discussão detalhada de todas as questões concernentes aos serviços de saúde. Um exemplo que se pode apresentar trata da construção de unidades do PSF. No âmbito do OD, a construção de Unidades Básicas da Família, é a obra ligada à temática da saúde mais recorrente. Essa mesma obra passa pela discussão do CMS, só que de forma bem detalhada, ou seja, delibera-se acerca da construção da unidade, da seleção da equipe de trabalho, das condições de funcionamento, dos recursos e até da incorporação de novos profissionais à equipe.

Dessa forma, as duas instâncias participativas – o OD e o CMS – discutem o mesmo assunto, só que de forma separada. Não há uma intersetorialidade entre ambas, cada instância discute aspectos de uma mesma obra, sem manter contato com a outra. Assim, existe um vazio entre estas duas instituições que poderiam trabalhar em conjunto no que se refere ao tema (saúde) visando a otimizar a oferta de serviços de saúde no município, já que essa é uma prioridade apontada pela grande maioria das regiões orçamentárias.

Outra área prioritária do OD, em várias regiões, tem sido a Educação. Como já fora mencionado, quando se discute sobre educação nas instâncias do OD, discute-se acerca da construção e da recuperação de escolas e de CREIS e da criação de telecentros em comunidades para atendimento à população jovem. Assim, não se tem um olhar para a qualidade do serviço oferecido, ou seja, se discute muito a construção de escolas e CREIS, mas as formas de atacar o problema da baixa qualidade do serviço oferecido na rede pública não entra em pauta.

A educação pública e de qualidade é um problema centenário e que não se consegue resolver “da noite para o dia”. É imprescindível que os governos, em todos os níveis, despertem para a priorização da educação como meio de emancipação das pessoas e como possibilidade de melhoria de qualidade de vida da população como todo. Devido a esse quadro gritante da educação pública no Brasil, o governo federal vem implementando políticas avaliativas visando a romper com a lógica perversa da má qualidade dos serviços da educação. O Governo Federal, através do Ministério da Educação, visando a fomentar, nas escolas públicas, um processo de mudança, instituiu meios para a melhoria do serviço de educação, mediante a criação, em 2005, do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)²⁹, cujo escopo é projetar um crescimento estimativo da educação.

O IDEB é medido por escola pública (municipal e estadual), de modo que a média dos IDEBs das escolas vai formar o IDEB do município. A média dos IDEBs municipais determina o IDEB de cada Estado. A aplicação da Prova Brasil, instrumento usado pelo MEC como medida do IDEB, é feita a cada dois anos e vêm, lacradas, do MEC, para as secretarias de educação dos municípios e dos estados. Vale salientar que tais provas não consideram as diferenças regionais e culturais.

De certa forma, o IDEB funciona como uma espécie de termômetro da educação, de modo que, a cada ano, após sua divulgação, provoca turbulências políticas nas escolas, pois os recursos futuros que serão recebidos pelas escolas dependem da nota obtida no IDEB e no atendimento ou não da meta estabelecida pelo índice.

²⁹ O IDEB é aplicado nas escolas públicas brasileiras, mais especificamente, nas turmas finais de cada ciclo de educação (Ensino Fundamental I e II e Médio).

Em 2005, o IDEB do município de João Pessoa foi superior à média da Paraíba e do Brasil; houve uma baixa em 2007, mas, em 2009, o índice voltou a crescer e atingiu 3.9. No momento de apresentação do primeiro IDEB, em 2005, foi apresentada, também, uma projeção com metas definidas para as escolas atingirem até 2020. Tais metas foram definidas de acordo com a nota de cada escola.

As escolas municipais de João Pessoa, localizadas nas 4^a, 5^a e 6^a regiões orçamentárias, vêm cumprindo, na sua maioria, as metas estabelecidas pelo IDEB. A escola D. Marcelo Carvalheira foi a única identificada na 4^a região a apresentar um IDEB de 3.2. Na 5^a região foram identificadas treze escolas com uma variação do IDEB entre 2.4 e 4.6. Na 6^a região, por outro lado, foram identificadas duas escolas com IDEB entre 2.5 e 4.4.

Apesar da situação, em tela, das escolas municipais do município de João Pessoa, não é isolada, posto que reflete a deficiência da educação pública brasileira, de modo que não existe um espaço, no OD, para a discussão das alternativas possíveis para a superação desse quadro. Dessa forma, o OD não se constitui como um instrumento de discussão de problemas estruturais e do planejamento para a resolução deles.

Outro tem, a referente à educação, que é discutido no OD é a construção de CREIs (Centro de Referência de Educação Infantil). Até o ano de 2006 os CREIs de João Pessoa não estavam ligados à secretaria de educação e cultura. Existia, em 2009, ano da divulgação da Topografia Social do Município, 32 CREIs no município que atendiam a 2.145 crianças.

Assim, os dados indicam que o OD-JP vem avançando no que tange à discussão de temas de relevância para o município, o que reflete a possibilidade de se firmarem uma nova cultura política e uma nova relação entre o governo e a população, embora não se tenha logrado estabelecer-se, ainda, como prática distributiva no município.

Vale ressaltar que o discurso, tanto do governo, quanto da população, exalta o OD como um exercício de democracia prática, o que consubstancia um grande avanço na forma de fazer política ao considerar a “voz do cidadão”. O atual governo do Estado da Paraíba de Ricardo Coutinho “transplantou” a experiência do OD municipal para o âmbito estadual; de modo que alguns integrantes de destaque no OD municipal, dada a experiência exitosa obtida, lograram ser conduzidos para a esfera estadual. Destaque-se o fato de que o OD estadual fora pensado com uma

estrutura que visou a evitar alguns equívocos reiteradamente percebidos na ceara municipal.

Quanto à exaltação que a população faz com relação ao OD foi possível identificar, nas intervenções feitas por conselheiros do OD no I Seminário Paraibano da Democracia Participativa: os Desafios dos Orçamentos Democráticos/Participativos, realizado em João Pessoa nos dias 18 e 19 de novembro de 2011. Os conselheiros do OD-JP elogiaram a gestão municipal e, sobremaneira, exaltaram a experiência do OD. O que ficou muito claro nas falas dos que fizeram intervenções é que não há um entendimento, do OD, enquanto uma prática de gestão inovadora e que tem, como protagonista, a própria população, embora se defenda que o OD seja um instrumento político da gestão, posto que as intervenções visaram à defesa prioritária do projeto político partidário da situação em detrimento da advocacia da experiência em si.

Para finalizar, foram frisadas duas lacunas existentes no OD de João Pessoa, uma das quais diz respeito ao formato e, a outra, à metodologia.

A primeira lacuna trata do distanciamento entre o OD e os órgãos gestores do município: as secretarias. O OD, por um lado, vem tentando implantar uma forma participativa de gestão no município, no entanto, nem é um órgão executivo nem tem o controle sobre os recursos a serem utilizados para a execução orçamentária. Assim, o OD tenta se afirmar como um instrumento de diálogo entre os anseios da população e as secretarias municipais, que são os órgãos com poder de execução. O OD é, então, um espaço que faz a intermediação entre a sociedade e o governo, mesmo sendo parte do governo.

Essa lacuna é reforçada pela ausência de alguns elementos que estão presentes em outras experiências do OD, mas foram desprezadas quando da implantação do OD, quais sejam: a grade de carência; o plano de investimentos; e a definição do montante sobre o qual a população trabalha no momento da priorização das demandas. A equipe do OD alega que a não utilização desses elementos no OD-JP se dá, intencionalmente, por entenderem que essa sistemática não atende à realidade da cidade e que, apesar de não ter sido definido um montante de recursos, 70% das obras executados no município passa pelo crivo da participação da população. Essa afirmativa não foi possível averiguar, no momento da pesquisa, pela ausência de mecanismo de identificação das demandas no trajeto do processo

de participação. Esse aspecto já faz parte da segunda lacuna referente à metodologia.

A metodologia do OD-JP foi sendo alterado ao longo dos anos no intuito de romper com a principal lacuna identificada no OD desde a sua origem, que é a existência de um hiato entre o momento da identificação da demanda pela população e a execução da obra pela secretaria competente. A população, através de seus representantes (conselheiros regionais e municipais) não consegue acompanhar a demanda apresentada até a sua inclusão na Peça Orçamentária e a sua execução. Assim, pode ser que ocorra uma coincidência entre o que a população aponta e o que as secretarias executam, pelo fato de que algumas obras indicadas pela população das regiões são necessidades já percebidas pelas secretarias, mas nem sempre condizem com os anseios da população como já fora explicitado anteriormente.

Como forma de romper com esse obstáculo, a própria equipe do OD sugeriu (em 2010) uma nova etapa no processo de participação – o Planejamento Democrático, momento de encontro entre os conselheiros (regionais e municipais) com os técnicos das secretarias municipais para discutir o que deve fazer parte da Peça Orçamentária. Porém, o Planejamento Democrático não conseguiu cumprir, ainda, seu objetivo inicial.

No entanto, acredita-se que, para a superação da primeira lacuna apresentada, é imprescindível o estabelecimento de uma intersectorialidade interna e externa. A intersectorialidade interna trataria da problemática em âmbito estadual, ou seja, favoreceria uma aproximação de fato entre a estrutura do OD e as secretarias. Os gestores das pastas mais discutidas no OD precisam abrir-se para receber as demandas do OD e não aparecerem nas etapas do OD apenas para “despejar” a realização de obras que não foram pensadas pela população. Assim, é preciso que ocorra uma mudança na forma como o OD é tratado no município, que ele assuma um papel mais deliberativo e que seja respeitado, em suas demandas, pelo conjunto das secretarias.

A intersectorialidade externa seria com as demais instituições participativas existentes no município, os conselhos gestores de políticas, fóruns temáticos e de direitos. Essa intersectorialidade interna poderia abrir espaço para novas temáticas no âmbito do OD, inclusive, temáticas estruturantes que pensassem o futuro da

cidade de João Pessoa, bem como poderia dar mais visibilidade e legitimidade ao OD perante os demais órgãos do município.

No que se refere à lacuna metodológica do OD, acredita-se que esta poderia ser resolvida ou amenizada com procedimentos mais rígidos de acompanhamento das demandas. Em geral, as questões procedimentais são frágeis no modelo do Orçamento Democrático de João Pessoa. Uma alternativa é introduzir as tecnologias informacionais (computadores) em todas as etapas do OD, mais precisamente, no momento de apresentação das demandas pela população, ou seja, a ficha de demandas se transformaria em uma ficha digital, respondida pelos próprios participantes ou com a ajuda da equipe de coordenação do processo. Assim, para cada pessoa inscrita (ou seja, para cada conselheiro regional) seria gerada uma senha que lhe permitiria acompanhar o percurso da demanda.

A introdução de computadores no processo de participação, no entanto, não sanará o problema se não houver comprometimento político da equipe do poder local e o aumento da consciência cívica da população. Essas mudanças políticas é que permitiriam um maior acompanhamento e fiscalização da população sobre as demandas apresentadas e até momento da execução das obras. O aumento da consciência crítica e a tecnologia possibilitariam que a população mensurasse quantas obras são realizadas no município, em cada região, as quais foram demandadas do OD, ou seja, que, concretamente, advêm do processo de participação.

Com isso, as secretarias municipais seriam forçadas a se aproximarem mais e com mais compromisso das instâncias do OD e teriam que congregar o conjunto de obras apontadas pela população no momento da proposta da Peça Orçamentária. Em consequência disso, seria facilitado tanto o planejamento democrático, pois o quadro de demandas se formaria automaticamente quanto as audiências regionais populares.

Acredita-se, desta feita, que falta, também, um pré-planejamento da realidade sócio-econômica de cada região, o que tornaria as discussões das demandas mais realistas e substantivas, provocando uma mudança no formato do OD no que diz respeito à ampliação de uma discussão sobre a carência das comunidades mais pobres e a criação de um plano de investimentos que apresentasse uma previsão de recursos disponibilizados para o OD. Portanto, entende-se que tais mudanças levariam a uma evolução da participação no OD, de modo a ultrapassar-se o

pensamento diminuto de que ele deve atuar de maneira focalizada, noutros termos, apenas em uma comunidade, bairro ou região, permitindo-se, assim, lograr uma salutar expansão, visando a um futuro melhor para a cidade de João Pessoa em sua integralidade.

Nesse sentido, o OD, por suas potencialidades, apresenta-se como campo fértil para futuras pesquisas. É preciso aprofundar as pesquisas acerca do impacto distributivo e democrático do OD no que tange à relação entre o OD e as demais instituições de participação da população (conselhos e fóruns), bem como, a relação entre o OD e o Plano Diretor Participativo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. A gestão participativa das políticas públicas: o desafio para os municípios do Nordeste. In: AMADEI NETO, Alberto et al. **O Nordeste à procura de sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2002 (Cadernos Adenauer, ano III, n. 05).

ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. **Desafios da gestão participativa no Nordeste**. Natal: EDUFRN, 2009.

ARRETCHE, Marta. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, ano 11, n. 31, 1996.

AVRITZER, Leonardo (Org.) **A participação social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, 2008.

AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do Orçamento Participativo no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002 (Coleção Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos).

AVRITZER, Leonardo. Reforma política e participação política no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTACIA, Fátima. **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

AVRITZER, Leonardo; NAVARRO, Zander (Org.). **A inovação democrática no Brasil: o Orçamento Participativo**. São Paulo: Cortez, 2003.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. São Paulo: Ática, 1996.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e

sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Estatuto da Cidade. Lei n. 10.257 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os artigos. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **O que é FUNDEF**. Disponível em: <<http://mecsrv04.mec.gov.br/sef/fundef/funf.shtm>>. Acesso em: 05 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Piso de Atenção Básica**. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/Prog_PAB-FIXO.asp>. Acesso em: 03 nov. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 12.527 de 18 de novembro de 2011. Regulamenta o acesso à informação pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 nov. 2011.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 111ª Reunião Ordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2008.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 112ª Reunião Extraordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2008.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 116ª reunião extraordinária do CMS – JP, referente à posse dos membros do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, para o biênio 2009/2011**. João Pessoa: CMS, 2009.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 117ª Reunião Ordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2009.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 41ª Reunião Extraordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2001.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 43ª Reunião Extraordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2001.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 67ª Reunião Ordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2003.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 69ª Reunião Ordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2004.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 90ª Reunião Extraordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2005.

CMS. Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. **Ata da 94ª Reunião Extraordinária do CMS de João Pessoa**. João Pessoa: CMS, 2006.

COSTA, Danielle Martins Duarte. Vinte anos de Orçamento Participativo: análise das experiências em municípios brasileiros. **Cadernos de Gestão e Cidadania**, São Paulo, v. 15, n. 56, 2010.

CUNHA, Eleonara Schettini Matins. O potencial de conselhos de políticas e Orçamentos Participativos para o aprofundamento democrático. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Orgs.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: do que estamos falando? In: MATO, Daniel (Org.). **Políticas públicas sociedad civil em tiempos de golbalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DAGNINO, Evelina; OLVERA, Alberto J.; PANFICHI, Aldo (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

DAHL, Roberto. **Sobre a democracia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

DOWBOR, Ladislau. **A reprodução social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

FEDOZZI, Luciano. **Orçamento participativo**: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

FERRI, Mônica Freitas. **A disputa entre diferentes projetos políticos no orçamento participativo do município de Vila Velha-ES**: radicalização da democracia ou elitismo democrático? 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2006.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001a (Coleção Questões de Nossa Época).

GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais**. São Paulo: Loyola, 2001b.

HABERMAS, Jürgen. **A inclusão do outro**: estudos da teoria política. São Paulo: Loyola, 2002.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Munic 2009: apenas 7,1% dos municípios têm delegacia da mulher**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1612&id_pagina=1> Acesso em: 20 jan. 2011.

JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e a participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Revista Lua Nova**, v. 20, p. 121-144, maio. 1990.

JOÃO PESSOA. Coordenadoria do Orçamento Democrático. **Regimento geral do Orçamento Democrático de João Pessoa**: Ano I – 2005. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2005a.

JOÃO PESSOA. Coordenadoria do Orçamento Democrático. **Regimento Interno do Conselho do Orçamento Democrático de João Pessoa**. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2005b.

JOÃO PESSOA. Coordenadoria do Orçamento Democrático. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde**: CMS: Regimento Interno. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2007a.

JOÃO PESSOA. Decreto n.º 6.499, de 20 de março de 2009. Consolida a lei complementar n.º 054, de 23 de dezembro de 2008, às disposições da lei complementar n.º 03 de 30 de dezembro de 1992. **Diário Oficial da União**, João Pessoa, 20 mar. 2009.

JOÃO PESSOA. Governo municipal. **5 anos de Orçamento Democrático**: você é peça fundamental nessa construção. João Pessoa, 2010.

JOÃO PESSOA. Governo municipal. **Orçamento Democrático**. João Pessoa, 2007b.

JOÃO PESSOA. Governo municipal. **Orçamento Democrático**. João Pessoa, 2006.

JOÃO PESSOA. Governo municipal. **Orçamento Democrático**: conheça o Conselho de Orçamento Democrático de João Pessoa. João Pessoa, 2008.

JOÃO PESSOA. Governo municipal. **Orçamento Democrático**: uma conquista popular. João Pessoa, 2009.

JOÃO PESSOA. **Lei Orgânica do Município de João Pessoa**. João Pessoa, 02 abr. 1990.

JOÃO PESSOA. **Orçamento Democrático**: prioridades por região. Disponível em: <<http://www.od.joaopessoa.pb.gov.br/>> Acesso 20 fev. 2011.

JOÃO PESSOA. **Plano Diretor Municipal da Cidade de João Pessoa**. Lei n. 03 de 30 de dezembro de 1992. João Pessoa, 1992.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Prefeitura Municipal de João Pessoa. **Topografia Social da cidade de João Pessoa**. CEDEST/IEE/PUCSP, 2009

LIMA, Marco Antonio Suassuna. **Pensando a cidade de João Pessoa na ótica da gestão democrática e do desenho urbano participativo**. Disponível em: <<http://www.marcosuassuna.com/site/wp-content/uploads/2011/05/artigo.pdf>> Acesso 12 nov. 2011.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. Democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. **Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, n. 33, nov. 2002.

LYRA, Rubens Pinto. As vicissitudes da democracia participativa no Brasil. In: LYRA, Rubens Pinto (Org.). **A nova esfera pública da cidadania**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1996.

MACENA, Hugo Leonardo dos Santos; SILVA, Luiz Antônio Coêlho da. **Os desafios da construção de uma gestão democrática e participativa: “um” olhar sobre a experiência de João Pessoa-Paraíba**. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade à distância)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MACPHERSON, Crawford Brough. **A democracia liberal**: evolução e origens. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1978.

MARQUETTI, Adalmir. Experiências de Orçamento Participativo no Brasil: uma proposta de classificação. In: DAGNINO, Evelina, TATAGIBA, Luciana (Orgs.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007.

MARQUETTI, Adalmir. Participação e redistribuição: o Orçamento Participativo em Porto Alegre. In: AVRITZER, Leonardo, NAVARRO, Zander (Orgs.). **A inovação democrática no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo; DEBUS, Ilvo. **Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. Disponível em: <<http://www.stn.fazenda.gov.br/hp/downloads/entendendolrf.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

OLIVEIRA, Andreza Maria. **Estudo sobre a transição de modelos orçamentários: aplicabilidade do orçamento base zero e o orçamento participativo**. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

PARAÍBA. Lei nº. 11.903 de 29 de março de 2010. Institucionaliza o Orçamento Democrático no âmbito do município de João Pessoa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, João Pessoa, 29 mar. 2010.

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PEREIRA, Adriana Freire. **A gestão democrática do Conselho Municipal do Orçamento Participativo de campina Grande-PB**: impasses, desafios e avanços. 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2004.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano de Recife**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_recife/index.php>. Acesso em: 11 nov. 2011.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

REGO, Angela Cristina Freire Diógenes. A experiência dos conselhos gestores de saúde em pequenos municípios. In: ANDRADE, Ilza Araújo Leão de. **Desafios da gestão participativa no Nordeste**. Natal: EDUFRN, 2009.

RIBEIRO, Ana Cláudia Torres; GRAZIA, Grazia de. **Experiências de orçamento participativo no Brasil**: período de 1997-2000. São Paulo: Vozes, 2003.

RODRIGUES, Marisa Santos. **Participação popular como estratégia para o desenvolvimento urbano sustentável**: o caso do Orçamento Democrático do município de João Pessoa. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002 (Coleção Reinventar a Emancipação Social: para novos manifestos).

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, jul. 2009.

SCHUMPETER, Joseph. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

SILVA, Gustavo Tavares da; ALMEIDA, Nadja Rayssa Soares de. **Os Conselhos Gestores de João Pessoa - 2009-2011** (Relatório de Pesquisa). João Pessoa, PIBIC/PIBITI/PIVIC/PIVITI/UFPB, 2011.

SILVA, Tarcisio da. **Da participação que temos à participação que queremos**: o processo do orçamento participativo da cidade de Recife. Disponível em <<http://www.democraciaparticipativa.org/files/TarcisiodaSilvaDaParticipa%E7%E3oquetemos%E0quequeremos.pdf>> Acesso em: 23 out. 2011.

SOARES, José Arlindo, GONDIM, Linda (Orgs.). Novos modelos de gestão: lições que vêm do poder local. In: SOARES, José Arlindo, CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, José Arlindo. **Mudanças e impasses na gestão das grandes cidades no Brasil (1986-1996)**. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade de Brasília. Brasília, 1996.

SOUZA JÚNIOR, Xisto Serafim de Santana de. **A atuação sócioterritorial dos movimentos sociais urbanos da cidade de João Pessoa-PB**. Disponível em <<http://xiisimpurb2011.com.br/app/web/arq/trabalhos/80adac626670a23bfda296b51548d191.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2011

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Evelina Dagnino. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves, ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. Orçamentos participativos: projetos políticos, partilha de poder e alcance democrático. In: DAGNINO, Evelina, OLVERA, Alberto J, PANFICHI, Aldo (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O local e o global**: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez, 2002.

TOCQUEVILLE, Alexis de. **A democracia na América**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 2005 (Coleção Ler e Pensar, v.1).

VIANNA, Oliveira. **Instituições políticas brasileiras**. Belo Horizonte: Itatiaia/ São Paulo: Edusp/ Niterói: Eduff, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sobre o perfil dos delegados do orçamento democrático de João Pessoa



Secretaria da Transparência Pública
Coordenadoria do Orçamento Democrático

Pesquisa sobre o Perfil dos Delegados (as) do Orçamento Democrático de João Pessoa 2011

Marque com um X a alternativa correta:

1. Como Delegado (a), você é: ☐ titular ☐ suplente
2. O que foi determinante para você participar do Orçamento Democrático?
☐ a vontade própria ☐ a vontade da comunidade ☐ a necessidade
3. Você já foi Delegado (a) do Orçamento Democrático? ☐ não ☐ sim
4. Você já foi Conselheiro (a) do Orçamento Democrático? ☐ não ☐ sim
5. Há quanto tempo você participa do Orçamento Democrático:
☐ menos de 01 ano ☐ mais de 01 ano ☐ mais de 02 anos ☐ mais de 05 anos
6. Você participa de algum tipo de associação: (pode responder mais de uma alternativa)
☐ comunitária ☐ sindicato ☐ igreja ☐ ONG
☐ partido político ☐ movimento social ☐ outro: _____
7. Você considera que a participação contribui para melhorar a organização social? ☐ não ☐ sim
8. Você considera que a participação contribui para melhorar o governo local? ☐ não ☐ sim
9. Você considera que o OD contribui para o fortalecimento da participação popular? ☐ não ☐ sim
10. Você considera que a sociedade está informada sobre o trabalho do Orçamento Democrático?
☐ não ☐ sim
11. Como você ficou sabendo da reunião do Orçamento Democrático?
☐ pelo carro de som ☐ pelo rádio ☐ pela televisão ☐ por um panfleto
☐ por um amigo ☐ pelo Articulador Regional ☐ pela comunidade ☐ outro

12. No geral, os Delegados (as) conhecem as suas atribuições? ☐ não ☐ sim ☐ não sei dizer
13. Você conhece todas as Etapas do Ciclo do Orçamento Democrático? ☐ não ☐ sim
14. Como você classifica o papel do Orçamento Democrático nas políticas públicas do município?
☐ irrelevante ☐ relevante ☐ determinante
15. Existe alguma obra ou serviço do OD na sua Região? ☐ não ☐ sim Quantas? _____



Secretaria de Transportes Públicos
Coordenadoria do Orçamento Democrático

16. Qual é a sua principal missão como Delegado (a) do Orçamento Democrático?

- ☐ melhorar de vida ☐ melhorar a vida da comunidade/bairro
☐ melhorar a vida da Região ☐ melhorar a vida da cidade

17. Nome: _____

18. Bairro/Comunidade: _____

19. Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino

20. Cor/etnia: _____

21. Nível de Escolaridade (Grau de Instrução):

Ensino fundamental I: ☐ completo ☐ incompleto

Ensino fundamental II: ☐ completo ☐ incompleto

Ensino Médio: ☐ completo ☐ incompleto

Ensino Superior: ☐ completo ☐ incompleto

22. Ocupação:

☐ Empregado com carteira ☐ Empregado sem carteira ☐ Desempregado

☐ Autônomo ☐ Aposentado ☐ servidor público (municipal, estadual, federal)

23. Profissão: _____ ☐ não tem

24. Renda: ☐ formal ☐ informal ☐ formal e informal ☐ não tem

☐ até 01 SM ☐ 01 a 02 SM ☐ 03 a 04 SM ☐ 05 a 10 SM ☐ acima de 10 SM

25. E-mail: _____

APÊNDICE B - Documentos produzidos sobre o município de João Pessoa

Documento	Descrição	Ano
Topografia Social da cidade de João Pessoa	Apresenta dados referentes à cidade de João Pessoa, desde dados históricos, estatísticos e sociais acerca dos bairros e regiões orçamentárias	2009
Lei Orgânica do Município	Normatiza o funcionamento do Executivo e legislativo, dando destaque para a criação de novas entidades que garantem a participação da população (a exemplo dos conselhos)	1990 (revisada em 2007)
Plano Diretor Participativo	Expõe os diversos aspectos da política urbana do município	1994 (revisado em 2009)
Balanço do governo municipal 2005 – 2008	Sumariza as ações e programas desenvolvidos pelo governo municipal nos primeiros anos da gestão	2008
Site oficial da Prefeitura Municipal de João Pessoa	Expõe informações diversas sobre a gestão democrática, as secretarias municipais e as instituições participativas	2009 – 2011
Notícias sobre a gestão democrática de João Pessoa em Jornais <i>on line</i> da cidade (Paraíba <i>on line</i> e Jornal da Câmara de Vereadores)	Apresenta reportagens e análise acerca do funcionamento e metodologia do Orçamento Democrático e do Conselho de saúde	2009 – 2011

Documentos produzidos pelo Orçamento Democrático de João Pessoa

Documento	Descrição	Ano
Regulamento Geral do OD	Apresenta as orientações de funcionamento do OD no Município em cada ano	2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011
Regimento Interno do Conselho do OD	Normatiza o funcionamento do Conselho do OD	2005
Cartilhas informativas	Orienta sobre o funcionamento de cada ciclo anual, sobre a metodologia adotada e sobre o funcionamento do Conselho do OD	2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011
Relatórios (resumidos) de despesas e receitas	Apresenta o orçamento e a execução por áreas	2005, 2006, 2007
Relatório das audiências regionais	Expõe a dinâmica de funcionamento e resultados das audiências regionais	2011
Tabulação dos dados do perfil dos conselheiros regionais	Apresenta a compilação dos dados do questionário aplicado na assembleia dos conselheiros regionais	2011
76 atas das reuniões do Conselho do OD	Relata as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho do OD	2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010
Lei (n. 11.903) que institucionaliza o OD	Institucionaliza o OD na cidade de João Pessoa	2010
Lei (n. 12.152) que cria a secretaria executiva do OD	Transforma a coordenadoria do OD em Secretaria Executiva do OD	2011

Documentos produzidos pelo Orçamento Democrático de João Pessoa

Documento	Descrição	Ano
Regimento Interno do CMS	Dispõe sobre o funcionamento do CMS	Revisado em 2007
Decreto n. 2.522	Dispõe sobre a composição do CMS de João Pessoa	1993
97 atas do CMS	Relata detalhadamente a dinâmica das reuniões ordinárias e extraordinárias	2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009
Quadro de resoluções e moções do CMS	Congrega as principais decisões tomadas no âmbito do CMS	2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006
Composição do CMS	Apresenta as instituições com assento no CMS	2004, 2006, 2009; 2011
Folders explicativos	Apresenta informações acerca da origem, composição e atuação do CMS	2009

APÊNDICE C - Composição do CMS de João Pessoa

A – Representantes de Governos:

1. **Ministério da Saúde (MS)**
 - TITULAR: Jovanira Queiroz de C. Gomes
 - SUPLENTE: Maria Lúcia Medeiros Lopes da Silva
2. **Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba (SES/PB)**
 - TITULAR: Vinícius Marques Melo
 - SUPLENTE: Edjanara Guedes Cabral
3. **Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP)**
 - TITULAR: Roseana Maria Barbosa Meira
 - SUPLENTE: Julius César Formiga Mariz Melo

B – Representantes de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde:

1. **De instituições formadoras:**
 - a) **Centro de Ciências da Saúde da UFPB:**
 - TITULAR: Climério Avelino de Figueiredo
 - SUPLENTE: Leônia Maria Batista
 2. **De entidades filantrópicas contratadas com o SUS:**
- b) **Sociedade de Assistência e Amparo à Infância da Paraíba (SAAI/PB)**
 - TITULAR: Paula Frassinetti Marques
 - SUPLENTE: Marcelo Cavalcanti Guimarães
3. **De entidades privadas contratadas com o SUS:**
- c) **Associação Paraibana dos Hospitais (APH):**
 - TITULAR: Luciano Correia Carneiro
 - SUPLENTE: Francisco José Santiago de Brito Pereira

C – Representantes de Trabalhadores de Saúde:

1. **Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN/PB)**
 - TITULAR: Davanice dos Santos
 - SUPLENTE: Gérson da Silva Ribeiro
2. **Conselho Regional de Serviço Social – Paraíba (CRESS/PB)**
 - TITULAR: Edleide Borges da Silva
 - SUPLENTE: Claudenizia de Oliveira Pereira
3. **Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Paraíba (SIFEP/PB)**
 - TITULAR: Jailson Vilberto de Sousa e Silva
 - SUPLENTE: Francisca do Nascimento Melo
4. **Sindicato dos Médicos da Paraíba (SIMED/PB)**
 - TITULAR: Tarcísio Campos Saraiva de Andrade
 - SUPLENTE: Wandemberg Gomes de Albuquerque
5. **Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Paraíba (SINDEP)**
 - TITULAR: Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira
 - SUPLENTE: Eva Vicente da Silva
6. **Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência do Estado da Paraíba (SINDSPREV/PB)**
 - TITULAR: José Francisco da Silva
 - SUPLENTE: Maria da Glória Jean Ismael de Oliveira

D – Representantes de Usuários do SUS:

1. **De associações de portadores de patologias:**
 - a) **Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase (MORHAN)**
 - TITULAR: Maria de Lourdes de Santana Henrique
 - b) **Associação Paraibana de Portadores de Anemias Hereditárias (ASPPAH)**
 - SUPLENTE: Dalmo Oliveira da Silva
2. **De associações de portadores de deficiências:**

- a) **Associação de Deficientes e Familiares (ASDEF)**
 - TITULAR: Francisco de Assis Izidoro Machado
- b) **Associação Atlética dos Portadores de Deficiência Física do Estado da Paraíba (AAPD/PB)**
 - SUPLENTE: Genilson Machado Lima
- 3. **De movimento negro em saúde:**
- a) **Federação Independente de Cultos Afro-Brasileiro (FICAB)**
 - TITULAR: Renilda Bezerra Albuquerque de Melo
 - SUPLENTE: Carlos Roberto Albuquerque Alves
- 4. **De movimentos organizados de mulheres em saúde:**
- a) **Rede Feminista de Saúde - Regional Paraíba**
 - TITULAR: Maria Lúcia Lira de Souza
 - SUPLENTE: Verônica Lourenço da Silva
- 5. **De entidades de aposentados e pensionistas:**
- a) **Associação Brasileira dos Clubes da Maior Idade**
 - TITULAR: Vandinei Viegas dos Anjos
 - SUPLENTE: Luzenice Bezerra Guedes
- 6. **De centrais sindicais de trabalhadores:**
- a) **Central Única dos Trabalhadores da Paraíba (CUT/PB)**
 - TITULAR: Marcos Henriques e Silva
 - SUPLENTE: Luzenira Linhares Alves
- 7. **De entidades de defesa do consumidor:**
- a) **DIGNITATIS – Assessoria Técnica Popular**
 - TITULAR: Tatyane Guimarães de Oliveira
 - SUPLENTE: João Roque da Silva Neto
- 8. **De organizações de moradores:**
- a) **Associação Comunitária dos Moradores de Mussunmagro**
 - TITULAR: Erasmo França dos Santos
- b) **Associação de Moradores do Conjunto Padre Hildon**
 - SUPLENTE: Luís Paulo de Araújo Bandeira
- 9. **De entidades ambientalistas:**
- a) **Associação Comunitária de Educação Popular (ACEP)**
 - TITULAR: Edvaldo Alves Correia
 - SUPLENTE: Maurício Vicente de Moraes Filho
- 10. **De movimentos sociais organizados em saúde:**
- a) **Fórum de ONG's Aids do Estado da Paraíba**
 - TITULAR: Juliano Jamisson de Almeida Lima
 - SUPLENTE: Irene Marinheiro Jerônimo de Oliveira
- 11. **De Comunidade Científica:**
- a) **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)**
 - TITULAR: Murilo Cunha Wanzeler
 - SUPLENTE: Vera Lúcia do Amaral
- 12. **De movimento estudantil:**
- a) **Centro Acadêmico Livre de Farmácia da Universidade Federal da Paraíba (CALFARM)**
 - TITULAR: Azuir da Silva Sousa
 - SUPLENTE: Diogo Alves Rodrigues

APÊNDICE D - QUADRO DETALHADO DE OBRAS DO OD

Região	Obra	Área	Situação
1ª	1. Pavimentação em Paralelepípedos da rua Fernando Torres		Concluída
	2. Construção do Mercado Público do Bessa	Trabalho e renda	Concluída
	3. Implantação do Binário do Bessa	infraestruturura	Concluída
	4. Recuperação da Praça Alcides Carneiro	infraestruturura	Concluída
2ª	Reconstrução do Mercado do Peixe	Trabalho e renda	Concluída
3ª	1. Construção da Praça do Cidade Verde	infraestruturura	Concluída
	2. Recuperação da rotatória de Mangabeira	infraestruturura	Concluída
	3. Construção de escola padrão Afonso Pereira da Silva	Educação	Concluída
	4. Reforma e ampliação da EM Luiz Vaz de Camões	Educação	Concluída
	5. Sala de Telecentro – Mangabeira II	Educação	Concluída
	6. Construção da USF Nova Esperança	Saúde	Concluída
	7. Construção da USF Nova União	Saúde	Concluída
	8. Construção da USF Cidade Verde	Saúde	Concluída
	9. Recuperação do CREI Custodia Nóbrega	Educação	Concluída
	10. Construção da Quadra Coberta na EM João Gadelha	Educação	Concluída
	11. Construção do CREI Maestro Pedro Santos	Educação	Concluída
	12. Revitalização da Praça Ellen Lucy	infraestruturura	Concluída
	13. Centro cultural de Mangabeira	Cultura	A iniciar
4ª	1. Reforma e ampliação do Hospital de referência pediátrica do Valentina	Saúde	Concluída
	2. Reforma e ampliação do mercado de Valentina	Trabalho e renda	Concluída
	3. Salas para implantação de Telecentros no Valentina	Educação	Concluída
5ª	1. Reforma e ampliação do CREI Cazula Calula Leite	Educação	Concluída
	2. Construção do CREI Maria da Penha Macedo de Melo	Educação	Concluída
	3. Construção da USF João Paulo II	Saúde	andamento
	4. Reforma de Salas para implantação de Telecentros Fernando Milanez	Educação	Concluída
	5. Recuperação da Praça Pascoal Carrilho	infraestruturura	Concluída
	6. Construção da EM Economista Celso Furtado	Educação	Concluída
	7. Implantação de Saneamento Básico e urbanização	infraestruturura	Concluída
	8. Construção de USF José Américo	Saúde	andamento
6ª	1. Recuperação da Praça Maria José Bronzeado	infraestruturura	Andamento
	2. Construção da USF Jardim Cidade	Saúde	Concluída
	3. Construção da Escola Padrão Aneide Beiriz	Educação	Concluída
	4. Construção do CREI Gertrudes Maria	Educação	Concluída
	5. Construção de uma escola padrão com ginásio de esportes	Educação	Andamento
	6. Sala de implantação de telecentros	Educação	Concluída
7ª	1. Construção da Escola Padrão Educador Francisco Pereira Nóbrega	Educação	Concluída
	2. UBS Vila Feliz	Saúde	Concluída
	3. Instalação física da Farmácia Popular no Rangel	Saúde	Concluída
	4. Centro de atenção integral à saúde	Saúde	Concluída
	5. Reforma e adequação do Anexo do Hospital Cândida Vargas	Saúde	Concluída
	6. Perfuração e instalação de Poço Artesiano no CAIS Jaquaribe	Saúde	Concluída
	7. UBS Rangel	Saúde	Concluída
	8. Construção de Passarela, Marquise e banco de leite do Inst. Cândida Vargas	Saúde	Concluída
	9. USF Espaço Saúde	Saúde	Concluída

	10. USF Vila Saúde	Saúde	Concluída
8ª	1. Reforma e ampliação do CREI Francisco Porto	Educação	Concluída
	2. Recuperação do Mercado Sindolfo Freire	Trabalho e renda	Andamento
	3. Pavimentação e drenagem nas ruas mata da Luz e José Antonio	infraestrutura	A iniciar
	4. Pavimentação e drenagem nas ruas Abel da Silva e Tenente Cardoso	infraestrutura	Concluída
	5. Revitalização da Praça Louro Wanderley	infraestrutura	Concluída
9ª	1. Construção da USF Novais	Saúde	Andamento
	2. Construção da Quadra Poliesportiva na Escola João XXIII	Educação	Concluída
	3. Centro do Comercio e Serviços do Varadouro	Trabalho e renda	Concluída
	4. Sala de implantação de telecentros no Alto do Mateus	Tção rabalho e renda	Concluída
	5. Reforma , adaptação e recuperação das instalações esportivas do campo Alvorada	infraestrutura	Concluída
	6. Reforma e ampliação da Casa Prof. Conventinho	infraestrutura	Concluída
	7. Reforma de cozinha comunitária	Trabalho e renda	Andamento
	8. Construção da unidade de inclusão produtiva de confecção	Trabalho e renda	Concluída
	9. Construção de USF Oitizeiro	Saúde	Concluída
	10. Construção de USF Nova Conquista	Saúde	Concluída
	11. Implantação de esgotamento sanitário Oitizeiro	infraestrutura	Concluída
	12. Obras de revitalização e intervenção nas calçadas de Varadouro	infraestrutura	andamento
	13. Pavimentação e drenagem das ruas F. Jose	infraestrutura	A iniciar
	14. Pavimentação e drenagem das rua Noel Rosa	infraestrutura	A iniciar
	15. Reforma e ampliação EM Euclides da Cunha	Educação	Concluída
	16. Recuperação de Galerias ao Céu Aberto	infraestrutura	Concluída
10ª	1. Construção USF Viver Bem	Saúde	Concluída
	2. Salas de Implantação de telecentros	Educação	Concluída
	3. Construção de Quadra de Esportes na EM Frei Afonso	Educação	Concluída
	4. Reforma no Centro do Idoso da Hosp. St. Isabel	Saúde	Concluída
	5. Recuperação e cobertura das áreas de UTI e UCE do Hosp. Santa Isabel	Saúde	Concluída
	6. Recuperação do Poço Artesiano no Hosp. St. Isabel	Saúde	Concluída
	7. Ampliação do hosp. St. Isabel	Saúde	Concluída
11ª	1. Instalação física da Farmácia Popular no Bairro dos Estados	Saúde	Concluída
	2. Construção de escola Padrão Luis Augusto Crispim	Educação	Concluída
	3. Salas de Implantação de telecentros	Trabalho e renda	Concluída
	4. USF Alto do Céu	Saúde	Concluída
12ª	1. Construção de quadra poliesportiva na escola Raimundo Nonato	Educação	Concluída
	2. Construção de CREI Luiza de Taipa	Educação	Concluída
	3. Construção da USF Mudando Vida	Saúde	Concluída
	4. Reforma e ampliação da escola Antenor Navarro	Educação	Concluída
	5. Construção de Cozinha Comunitária de Gramame	Trabalho e renda	Concluída
	6. Construção da Praça da Esperança	infraestrutura	Concluída
	7. Pavimentação e drenagem da rua Elsom Gouveia	infraestrutura	Concluída
	8. Pavimentação e drenagem da rua Carlos Borges	infraestrutura	Concluída
13ª	1. Construção da EM Padrão Violeta Formiga	Educação	Concluída
	2. Construção do Centro Popular de Serviço	Trabalho e renda	Concluída
	3. Revitalização da Praça Tiradentes	infraestrutura	Concluída
	4. Construção da Escola Leonel Brizola	Educação	Concluída

	5. Revitalização das Praças Aristides Lobo e Pedro Américo	Trabalho e renda	Concluída
	6. Reforma do Monumento Arquitetônico Pavilhão do Chá	Infraestrutura	Concluída
	7. Revitalização da Praça André Vidal de Negreiros	Infraestrutura	Concluída
	8. Adequação e restauração do Corredor da Av. D. Pedro II	Infraestrutura	Concluída
	9. Recuperação da Região Central	Infraestrutura	Concluída
	10. Alargamento e recuperação de calçadas	Infraestrutura	Concluída
	11. Instalação física da Farmácia Popular no Centro	Infraestrutura	Concluída
	12. Recuperação do Anel do entorno da Lagoa	Infraestrutura	Concluída
	13. Revitalização da Praça Augusto dos anjos	Infraestrutura	Concluída
	14. Recuperação do Gadil	Infraestrutura	Concluída
	15. Construção da Praça da Alimentação, banheiros e urbanização no Mercado Central	Infraestrutura	Concluída
	16. Construção do Centro Popular de Serviços Frutuoso Barboza	Infraestrutura	Concluída
	17. Salas para implantação de telecentros	Trabalho e renda	Concluída
14 ^a	1. Implantação de academia ao ar livre na Praça da Paz	Infraestrutura	Concluída
	2. Construção de Passarela Metálica sobre a Avenida D. Pedro II	Infraestrutura	Concluída
	3. Construção da Praça da Paz	Infraestrutura	Concluída
	4. Recuperação da Praça da Paz	Infraestrutura	Concluída
	5. Pavimentação e drenagem na rua Waldemar de Oliveira, Rejane Freire, Severino Aleixo, Severino Ramos, Adolfo Ferreira e Maria Pinheiro	Infraestrutura	Concluída

Fonte: Página web do OD de João Pessoa, 2011.

APÊNDICE E - QUADRO RESUMIDO DE OBRAS DO OD

Região	Obra	Área	Situação
1ª	04	Infraestruturura, trabalho e renda	Concluída
2ª	01	Trabalho e renda	Concluída
3ª	13	Infraestruturura, educação, saúde e cultura	12 Concluídas e 01 a iniciar
4ª	03	Saúde, Educação, Trabalho e renda	Concluída
5ª	05	Infraestruturura, educação, saúde	02 Em andamento 03 Concluídas
6ª	06	Infraestruturura, educação, saúde	02 Em andamento 04 Concluídas
7ª	10	Educação e saúde	Concluída
8ª	05	Educação, Trabalho e renda e infraestrutura	03 Concluídas 01 a iniciar 01 Andamento
9ª	16	Saúde, educação, Trabalho e renda, infraestrutura	12 concluídas 03 Andamento 01 a iniciar
10ª	07	Saúde e Educação	Concluídas
11ª	04	Saúde, Educação e Trabalho e Renda	Concluídas
12ª	08	Educação, Saúde, Trabalho e Renda e Infraestrutura	Concluídas
13ª	17	Educação, Trabalho e Renda, Infraestrutura	Concluídas
14ª	05	Infraestrutura	Concluídas

Fonte: Página web do OD, 2011.

ANEXOS

**ANEXO A - Regimento Geral do Orçamento Democrático de João Pessoa
- Ano I - 2005**



Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria da Transparência Pública
Coordenadoria do Orçamento Democrático

**Regimento Geral do Orçamento Democrático de João Pessoa
Ano I - 2005
Capítulo 1
Definição, Princípios Básicos e Finalidade**

Art. 1º. Da Definição

- a. O Orçamento Democrático é um instrumento de participação direta dos (as) cidadãos (ães) no processo de elaboração, implementação, e fiscalização, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA), e do Plano Plurianual (PPA), do Município de João Pessoa;
- b. O Orçamento Democrático é um mecanismo de informação do Poder Municipal sobre as principais demandas das comunidades, mas, é sobretudo um processo de transformação da cultura político-organizacional da sociedade;
- c. O Orçamento Democrático é um espaço de compartilhamento de poder entre o Governo Municipal e a sociedade;

Art. 2º. Dos Princípios Básicos

- a. O fortalecimento do Poder Local;
- b. O Empoderamento da sociedade, através da sua participação na gestão pública municipal;
- c. O estabelecimento do controle social, através de mecanismos de prestação de contas e de transparência das políticas públicas;

Art. 3º. Da Finalidade

- a. Instituir a Democracia Participativa na Gestão das Políticas Públicas do Município de João Pessoa, através da criação de espaços públicos não-estatais de articulação de interesses;
- b. Formular a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
- c. Formular a Lei Orçamentária Anual (LOA);
- d. Formular o Plano Plurianual (PPA);
- e. Formular o Plano de Investimento Setorial;

**Capítulo 2
O Ciclo do Orçamento Democrático**

Art. 4º. As Regiões

Parágrafo único - Para viabilizar a participação das comunidades dos diferentes bairros no Orçamento Democrático, a cidade de João Pessoa é dividida em 14 (quatorze) regiões orçamentárias:

- a. Região I - Aeroclube, Be ssa, Jardim Oceania, Manaíra, Bairro São José,

Comunidade São Luis, Travessa Washington Luis, Chatuba I, II e III, Comunidade da Barreira, Comunidade Ribeirinha;

b. Região II - Tambaú, Cabo Branco, Altiplano, Portal do Sol, Seixas, Penha, São Domingos, Rabo do Galo, Hotel Nazareno, Barreira do Cabo Branco;

c. Região III - Mangabeira, Costa do Sol, Colégio Invadido, Campo Americano, Jardim Mangueira, Balcão, Feirinha, Boa Esperança, Vila União, Condomínio I, II e III, Cidade Verde, Ipep, Conjunto dos Militares, Projeto Mariz I, II e III, Patrícia Tomaz;

d. Região IV - Valentina, Paratibe, Planalto Boa Esperança, Mussumago, Planalto Boa Esperança, Gramame, Barra de Gramame, Condomínio Independência I e II, Frei Damião, Santa Bárbara;

e. Região V - José Américo, Cuiá, Geisel, Ernani Sátiro, Costa e Silva, Grotão, João Paulo II, Água Fria, Cidade dos Colibris, Funcionários, Esplanada, Colibri I e II, Jardim Laranjeiras, Conjunto da FAC, Boa Vista, Nossa Senhora da Luz, Nossa Senhora do Rosário, Favela do Ernani Sátiro, Nova Vida, Taipa, Vila da Palha, Comunidade da Gauchinha I e II, Vila da Paz, Bananeiras, Arame, Nova República, Citex, Boa Vista, Colibris II, Maria de Nazaré, Condomínio da Paz, Condomínio Fraternidade, Jardim Sepol;

f. Região VI - Bairro das Indústrias, Jardim Veneza, Mussuré, Mumbaba, Distrito, Padre Ibiapina, Chico Mendes, Margarida Alves, Pedro Teixeira, Três Lagoas, Condomínio da Paz, Vila da Vitória, Nova Trindade, João Magliano, Cidade Verde, Cajueiro, Engenho Velho, Jardim Verônica, José Vieira Diniz, Conjunto Nossa Senhora das Graças;

g. Região VII - Cristo, Varjão, Jaguaribe, Rangel, Nova Trindade, Boa Esperança, Jardim Bom Samaritano, Novo Horizonte, Pedra Branca, Paulo Afonso/Alta Tensão, Riacho Doce ou CEASA, Cemitério, Buraco da Gia I, Abandonados, Monte das Oliveiras, São Geraldo, Paulo Afonso II, Paturi, Jardim Paulo Afonso, Paulo Afonso III/Alta Tensão;

h. Região VIII - Oitizeiro, Jardim Planalto, Cruz das Armas, Ninho da Perua, Jardim Guaíba, Cabral Batista, Bola na Rede, Baleado, Independência, Lagoa Antonio Lins, Cidades;

i. Região IX - Alto do Mateus, Ilha do Bispo, Trincheiras, Varadouro, Bairro dos Novais, Beira da Linha, Miramangue, Feirinha, Acampamento 05 de Junho, São Judas Tadeu, 19 de Maio, Jardim da Mônica, Aratu, Vila União I, Santa Emília de Rodat, Cangote do Urubu, Buraco da Gia, Tanque, Redenção, Cibrazen, Avenida Nova Liberdade, José Felix, Condomínio Índio Piragibe, Condomínio Beira da Linha, Renascer I, Saturnino de Brito, Porto do Capim, Frei Vital, Feira Mulungu, Vila Caifu, Nassau/Praça 15 de Novembro, Comunidade Nova II, Trapiche, Sanhauá, Conjunto Tiradentes, Conjunto Residencial Manoel de Lins, Jardim Paraíso, Motorista I, II e III;

j. Região X - Roger, Tambiá, Treze de Maio, Asa Branca, Favela do S, Baixo Roger, Ninho da Perua, Felipéia, Vila Japonesa, Riacho; k. Região XI - Mandacarú, Alto do Céu, Padre Zé, João Galdino de Carvalho, Pé de Moleque, Beira da Linha, São Pedro, Jardim Mangueira, Porto de João Tota, Vem - Vem, Jardim Ester, Jardim Coqueiral, Beira Molhada, Vila dos Teimosos, Rua do Cano;

l. Região XII - Bairro dos Estados, Bairro dos Ipês, João Agripino, Pedro Gondim, Brisamar, Ipês II, Tancredo Neves/Mangue;

m. Região XIII - Centro, Torre, Tambauzinho, Expedicionários, Miramar, Padre Hildon Bandeira, Cafofo, Liberdade, Brasília de Palha, Vila Tambauzinho, Tito Silva, Comunidade Miramar, Travessa Yayá;

n. Região XIV - Castelo Branco, Bancários, Anatolia, Jardim São Paulo, Jardim Cidade Universitária, São Rafael, Santa Clara, Timbó, Eucalipto, Comunidade Paulo

Miranda, Santa Bárbara, Eucalipto.

Art. 5º. As Etapas

Parágrafo Único - O processo do Orçamento Democrático é composto por 05 (cinco) Etapas:

- a. 1ª Etapa - Reuniões Regionais;
- b. 2ª Etapa - Assembléias Populares Regionais;
- c. 3ª Etapa - Assembléia de Delegados (as) do Orçamento Democrático;
- d. 4ª Etapa - Audiências Públicas Setoriais;
- e. 5ª Etapa - Conselho do Orçamento Democrático;

Art. 6º. As Reuniões Regionais

- a. Apresentação cultural;
- b. Cada Região tem uma reunião anual com o Prefeito, e seus auxiliares, onde é feito um diagnóstico da situação da prefeitura, e um balanço da gestão anterior;
- c. Em cada reunião é feita uma apresentação do Orçamento Democrático para o ano em curso, e são distribuídas cartilhas explicativas sobre o processo;
- d. O Calendário de Assembléias Populares Regionais é amplamente divulgado;

Art. 7º. As Assembléias Populares Regionais

- a. Apresentação cultural;
- b. Cada Região faz uma Assembléia Anual com a presença de representantes da Prefeitura para eleger as prioridades das comunidades;
- c. São eleitos os principais Temas a serem debatidos nas Audiências Públicas Setoriais;
- d. A cada 02 (dois) anos, a Assembléia Regional elege os (as) Delegados(as) do Orçamento Democrático na seguinte proporção:

Número de participantes	Proporção	Número de Delegados
01-300	01 delegado para 15 participantes	No máximo 20
301-500	01 delegado para 20 participantes	No máximo 30
501-800	01 delegado para 25 participantes	No máximo 42
801-1.100	01 delegado para 30 participantes	No máximo 52
1.101-1.500	01 delegado para 35 participantes	No máximo 63
Acima de 1.500	-----	No máximo 70

- e. A cada ano, pode haver uma renovação/substituição de até 1/3 (um terço) dos (as) Delegados(as) Regionais, caso a Assembléia Popular Regional considere necessário;
- f. O Calendário do Curso de Capacitação de Delegados é divulgado;

Art. 8º. A Assembléia de Delegados (as)

- a. A Assembléia anual de Delegados (as) é realizada com a presença do Prefeito e auxiliares;
- b. As Prioridades de Investimento de cada Região são aprovadas;
- c. São apresentados os Temas priorizados pelas Assembléias Regionais, para serem debatidos nas Audiências Públicas Setoriais;
- d. Cada Região é orientada a criar uma Comissão de Delegados (as) para o Acompanhamento das Obras de Investimento;

- e. No primeiro ano, a criação do Conselho do Orçamento Democrático;
- f. Nos anos subsequentes à criação do Conselho, avaliação e propostas de adequação e/ou modificações na estrutura do Conselho;
- g. A cada dois anos, eleição de 02 (dois) Conselheiros (as) por Região;
- h. O Calendário do Curso de Capacitação de Conselheiros (as) é divulgado;
- i. Divulgação do Calendário das Audiências Públicas;

Art.9º. As Audiências Públicas Setoriais

- a. São discutidos os Temas priorizados nas demandas das Regiões;
- b. Cada Setor apresenta um balanço da gestão anterior e as ações setoriais empreendidas e apresenta o Plano de Ações e Investimentos para o próximo exercício;
- c. Participam Delegados (as) e Conselheiros (as) do Orçamento Democrático com direito de voto, e a população em geral com direito de voz;
- d. São eleitas as prioridades setoriais;
- e. É criada a Comissão de Delegados (as) e Conselheiros (as) do Orçamento Democrático para Acompanhamento das Ações de Investimentos Setoriais;

Art. 10º. O Conselho

- a. São atribuições do Conselho do Orçamento Democrático:
 - 1. Discutir e analisar o Plano de Investimentos, de acordo com as prioridades eleitas pela Assembléia Popular, pela Assembléia dos Delegados, e pelas Audiências Públicas Setoriais do Orçamento Democrático;
 - 2. Participar do Processo de Consolidação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual (PPA), e emitir Parecer para apreciação do Poder Legislativo;
 - 3. Acompanhar a discussão e a votação da LDO, da LOA e do PPA na Câmara dos Vereadores;
 - 4. Acompanhar a Execução Orçamentária Anual e os Planos de Investimentos Setoriais, de acordo com a LDO, a LOA e o PPA;
 - 5. Avaliar o Ciclo do Orçamento Democrático e propor adequações e/ou modificações no mesmo;
 - 6. Trabalhar em parceria com os Conselhos Municipais Setoriais;
- b. O Conselho do Orçamento Democrático é composto da seguinte forma:
 - 1. 01 (um/uma) Conselheiro (a) Titular e 01 (um/uma) Suplente para cada Região, com mandato de 02 (dois) anos, eleitos na Assembléia de Delegados;
 - 2. 03 (três) Conselheiros (as) Titulares e (03) três Suplentes representantes do Poder Executivo, todos indicados pelo Prefeito;
 - 3. 01 (um/uma) Conselheiro (a) Titular e 01 (um/uma) Suplente, representantes do Poder Legislativo, indicados pela Câmara de Vereadores.

Capítulo 3

Da Eleição de Delegado (as) e Conselheiros (as)

Art. 11º. Poderá ser candidato (a) a Delegado (a) aquele (a) que comprovadamente:

- a. Seja morador (a) da Região em que é candidato (a);

- b. Seja maior de 16 anos;
- c. Não seja detentor (a) de mandato eletivo nos poderes Legislativo ou Executivo; d. Não seja funcionário (a) da Prefeitura Municipal de João Pessoa.

Art. 12º. Poderá ser candidato (a) à Conselheiro (a) aquele (a) que comprovadamente:

- a. Tenha sido eleito (a) Delegado (a) Regional, de acordo com os requisitos exigidos;
- b. Não seja fornecedor (a) ou prestador (a) de serviços à Prefeitura Municipal de João Pessoa.

Art. 13º. Do Processo de Eleição de Delegado (a) do Orçamento Democrático:

- a. Os (as) candidatos (as) devem preencher a Ficha de Cadastro no início da Assembléia Popular Regional, e apresentar o comprovante de residência e o documento de identidade (original e xerox);
- b. Os (as) candidatos(as) devem apresentar as suas propostas;
- c. A Lista de Frequência da Assembléia define a quantidade de Delegados (as) da Região;
- d. Cada participante recebe uma cédula para votar;
- e. Eleição e apuração;
- f. Divulgação dos nomes dos (as) Delegados da Região.

Capítulo 4

As Atribuições de Delegados (as) e Conselheiros (as)

Art. 13º. As atribuições dos (as) Delegados (as) Regionais são as seguintes:

- a. Formar Comissões de Acompanhamento das Obras de Investimento do Orçamento Democrático na Região;
- b. Acompanhar e fiscalizar as obras e serviços implementados na Região;
- c. Se reunir com a comunidade para avaliar e informar sobre as deliberações e sobre o andamento das obras e a aplicação do Orçamento Democrático;
- d. Manter a comunidade mobilizada em torno do Orçamento Democrático;
- e. Acompanhar e contribuir para a aprovação do Orçamento Democrático na Câmara de vereadores;
- f. Formar Comissões para fiscalizar as Ações Setoriais em cada Região;
- g. Reunir os (as) Conselheiros (as) para que os mesmos informem o andamento dos trabalhos no Conselho do Orçamento Democrático;

Parágrafo Único - Os (as) Delegados (as) Regionais do Orçamento Democrático não recebem qualquer tipo de remuneração, pois são voluntários (as).

Art. 14º. As atribuições dos (as) Conselheiros (as) são as seguintes:

- a. Discutir com a equipe técnica da Prefeitura, analisar e fiscalizar o plano de investimento;
- b. Acompanhar e fiscalizar obras e serviços por toda a cidade;
- c. Acompanhar e fiscalizar as Ações Setoriais em toda a cidade;
- d. Acompanhar e contribuir para a aprovação do Orçamento Democrático na Câmara de Vereadores;

Parágrafo Único - Os (as) Conselheiros(as) do Orçamento Democrático não recebem qualquer tipo de remuneração, pois são voluntários(as).

ANEXO B - Regimento Interno do Conselho do Orçamento Democrático de João Pessoa



Regimento Interno do Conselho do Orçamento Democrático de João Pessoa **Capítulo 1 - Do Conselho**

Art. 1º - São atribuições do Conselho do Orçamento Democrático:

1. Discutir e analisar o Plano de Investimentos, de acordo com as prioridades eleitas pela Assembleia Popular, pela Assembleia dos Delegados, e pelas Audiências Públicas Setoriais do Orçamento Democrático;
2. Participar do Processo de Consolidação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano Plurianual (PPA), e emitir Parecer para apreciação do Poder Legislativo;
3. Acompanhar a discussão e a votação da LDO, da LOA e do PPA na Câmara dos Vereadores (as);
4. Acompanhar a Execução Orçamentária Anual e os Planos de Investimentos Setoriais, de acordo com a LDO, a LOA e o PPA;
5. Avaliar o Ciclo do Orçamento Democrático e propor adequações e/ou modificações no mesmo;
6. Trabalhar em parceria com os Conselhos Municipais Setoriais;

Capítulo 2 - Da composição do Conselho do Orçamento Democrático

Art. 2º - O Conselho do Orçamento Democrático é composto da seguinte forma:

1. 01 (um/uma) Conselheiro (a) Titular e 01 (um/uma) Suplente para cada Região, com mandato de 02 (dois) anos, eleitos na Assembleia de Delegados;
2. 03 (três) Conselheiros (as) Titulares e (03) três suplentes representantes do Poder Executivo, todos indicados pelo Prefeito;
3. 01 (um/uma) Conselheiro (a) Titular e 01 (um/uma) Suplente, representantes do Poder Legislativo, indicados pela Câmara de Vereadores (as);

Capítulo 3 - Da organização do Conselho

Art. 3º - O Conselho é organizado da seguinte forma:

1. Coordenação Executiva;
2. Secretaria Executiva;
3. Grupos de Trabalho;
4. Comissões Regionais de Fiscalização e Acompanhamento de Obras e Serviços;
5. As Reuniões;

Art. 4º - A Coordenação será composta por 02 (dois) membros indicados pelo governo, 02 (dois) membros indicados pelos Conselheiros, e a Secretaria Executiva;

Art. 5º - Compete à Coordenação Executiva:

1. Coordenar e planejar a agenda do Conselho;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho;
3. Encaminhar ao Poder Executivo Municipal as deliberações do Conselho;

Art. 6º - Compete à Secretaria Executiva:

1. Fornecer a infra-estrutura necessária para o funcionamento do Conselho;
2. Secretariar as reuniões do Conselho, devidamente registradas em atas;
3. Disponibilizar as atas e deliberações do Conselho, para os (as) Conselheiros (as) e toda a sociedade;
4. Realizar o controle da frequência nas reuniões do Conselho;
5. Divulgar os vencedores dos Editais de demandas constantes no Plano de Investimentos;

Parágrafo Único: A Secretaria Executiva é de responsabilidade da Administração Municipal;

Art. 7º - Compete aos Grupos de Trabalho:

1. Se formar em caráter permanente, a partir de Temas Prioritários;
2. Discutir, estudar e analisar a viabilidade técnica das demandas das regiões;
3. Propor alternativas, no sentido de viabilizar o devido atendimento das demandas populares;

Parágrafo Único - O Mandato dos membros dos Grupos de Trabalho será de 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por igual período;

Art. 8º - Compete às Comissões Regionais de Fiscalização e Acompanhamento de Obras e Serviços:

1. Se formar em caráter temporário, a partir das demandas do Conselho
2. Articular com os (as) Delegados (as) Regionais para a formação das Comissões, que deverão ser compostas por Delegados (as) e Conselheiros (as);
3. Reunir as informações necessárias para o acompanhamento das obras e serviços;
4. Informar o Conselho, os (as) Delegados (as) e toda a sociedade, sobre o andamento das obras e serviços implementados pelo Orçamento Democrático;
5. Apresentar relatório das suas atividades;
6. Apresentar o relatório das obras e serviços fiscalizados;
7. Acompanhar a execução das prioridades aprovadas;
8. Se reunir mensalmente com os (as) Conselheiros (as) e Técnicos da Prefeitura com pauta previamente definida;
9. Convidar os outros conselhos municipais, assim como representantes de órgãos e secretarias municipais, para prestar esclarecimento sobre matérias que estão sendo objeto de apreciação do Conselho;

Art. 9º - As Reuniões

1. O Conselho do Orçamento Democrático se reunirá ordinariamente quinzenalmente, sempre na quarta-feira, às 17h00;
2. O quorum mínimo para deliberação é de 50% (cinquenta por cento) mais 01 (um) dos membros do Conselho;
3. As deliberações serão tomadas por maioria simples;
4. A votação será nominal e cada membro titular terá direito a 01 (um) voto;
5. O Calendário Oficial das Reuniões Ordinárias do Conselho será divulgado com a devida antecedência;
6. A qualquer momento, poderão ser convocadas reuniões extraordinárias;

Capítulo 4 - Do Processo de Eleição dos (as) Conselheiros (as) representantes da sociedade**Art. 10º - Poderá ser candidato (a) à Conselheiro(a) aquele(a) que comprovadamente:**

1. Seja morador (a) da Região em que é candidato (a);
2. Seja maior de 16 anos;
3. Não seja detentor (a) de mandato eletivo nos poderes Legislativo ou Executivo;
4. Não seja funcionário (a) da Prefeitura Municipal de João Pessoa;
5. Seja Delegado (a) na sua Região;

Art. 11º - O Processo Eleitoral

1. A eleição dos (as) Conselheiros (as) será realizada na Assembléia Regional de Delegados (as);
2. A cada dois anos, serão eleitos (as) 02 (dois) Conselheiros (as) por Região, sendo que 01 (um) titular e 01 (um) suplente;
3. Somente os (as) Delegados (as) da Região poderão votar, e ser votados;
4. Será eleito aquele (a) que obtiver o maior número de votos;
5. No caso de desistência ou impedimento de qualquer Conselheiro (a) e seu suplente, será feita nova eleição pelos Delegados (as) da Região;
6. Nos casos omissos, a Assembléia Regional de Delegados (as) do Orçamento Democrático delibera;

Capítulo 5 - Do exercício do Mandato dos (as) Conselheiros (as)**Art. 12º - São direitos dos (as) Conselheiros (as)**

1. Votar e ser votado (a) nas reuniões ordinárias e extraordinárias;

2. Ter acesso a todas as informações necessárias para o pleno desempenho das suas funções;
3. Representar o Conselho em atividades sempre que indicado pelos seus pares;
4. Deliberar sobre a proposta de orçamento a ser encaminhada à Câmara de Vereadores (as);

Art. 13º - Os deveres dos (as) Conselheiros (as)

1. Se comprometer a respeitar e cumprir o Regimento Interno do Conselho;
2. Justificar, por escrito, a ausência em qualquer reunião do Conselho;
3. Formalizar o seu desligamento do Conselho no caso de qualquer impedimento, de acordo com o Regimento Interno do Orçamento Democrático e do Conselho;
4. Prestar as devidas informações sobre a sua respectiva Região Orçamentária;
5. Prestar contas das suas atividades aos Delegados (as) Regionais;
6. Participar de comissões e atividades propostas pelo Conselho;
7. Prestar as devidas informações ao Chefe Regional, sempre que solicitadas;
8. Deliberar sobre o orçamento a ser enviado para a Câmara de Vereadores (as);

Art. 14º - São atribuições dos (as) Conselheiros (as):

1. Discutir com a equipe técnica da Prefeitura, analisar e fiscalizar o Plano de Investimento;
2. Acompanhar e fiscalizar as Obras e Serviços por toda a cidade;
3. Acompanhar e fiscalizar as Ações Setoriais em toda a cidade;
4. Acompanhar e contribuir para a aprovação do Orçamento Democrático na Câmara de Vereadores (as);

Art. 15º - Das Exclusões

1. Os (as) Conselheiros (as) que descumprirem o Regimento Interno do Orçamento Democrático e o Regimento Interno do Conselho do Orçamento Democrático do Município de João Pessoa, bem como as determinações de qualquer instância do Conselho, poderão ser excluídos (as), desde que votado pelo Conselho;
2. Serão excluídos (as) os (as) Conselheiros (as), incluindo os suplentes, que se ausentarem das reuniões, sem justificativas, por três vezes consecutivas, ou cinco vezes alternadas;
3. Os (as) Conselheiros (as) que perderem o mandato não poderão candidatar-se novamente ao Conselho, durante o prazo de 02 (dois) anos;

Parágrafo Único - Será assegurado o direito de defesa do (a) Conselheiro (a).

Capítulo 6 - Das Disposições Gerais

Art. 16º - Nos anos subseqüentes à criação do Conselho do Orçamento Democrático, as propostas de adequação, e/ou modificação, do seu Regimento Interno deverão ser submetidas aos conselheiros, para a devida apreciação, avaliação e votação;

Art. 17º - O presente Regimento entrará em vigor a partir da primeira reunião do Conselho;

Art. 18º - Os (as) Conselheiros (as) do Orçamento Democrático não recebem qualquer tipo de remuneração, pois são voluntários (as).

Art. 19º - Os casos omissos nesse Regimento serão decididos pelo Conselho do Orçamento Democrático;



REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB

TÍTULO ÚNICO: CMS – REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I DA INSTITUIÇÃO

Art.1º Em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, Capítulo II, Seção II, e as Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90, bem com o a Lei 11.089 de 12 de julho de 2007, o Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa – CMS/JP, é o órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito municipal, que tem por competência formular estratégias, controlar e acompanhar a execução da Política de Saúde do Município de João Pessoa, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Art.2º A Conferência Municipal de Saúde, instância maior do SUS no município, realizar-se-á a cada período de 04 (quatro) anos e contará com ampla divulgação e representação da comunidade, tendo como objetivo discutir, analisar e avaliar a execução da política de saúde no âmbito do Município de João Pessoa, assim como propor a política, as diretrizes e prioridades de saúde ao Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Caberá ao Conselho Municipal de Saúde, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, convocar, organizar e realizar as Conferências de Saúde do Município, podendo extra - ordinariamente ser convocada pelo Prefeito Constitucional ou através da maioria absoluta dos membros do referido Conselho.

CAPÍTULO II DA CONSTITUIÇÃO/ COMPOSIÇÃO

Art. 3º O Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, terá a seguinte constituição:

- I – segmentos organizados de usuários do Sistema Único de Saúde;
- II – prestadores de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- III – trabalhadores da Saúde;
- IV – representantes dos governos municipal, estadual e federal.

Parágrafo único. A representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º O CMS/JP terá uma Mesa Diretora como órgão operacional de execução e implementação de suas decisões sobre o Sistema Único de Saúde do Município, eleita na 1ª Reunião Plenária Ordinária após a posse dos conselheiros, respeitando a paridade expressa neste regimento.

Art. 5º O CMS/JP terá a sua composição de forma paritária e quadripartite, escolhidos por voto direto dos delegados de cada segmento, em fórum especialmente convocado para este fim.

Art. 6º O CMS/JP será integrado por 24 (vinte e quatro) conselheiros, em conformidade com a Resolução CNS/Nº 333/2003, sendo:

I – representantes de governo e de prestadores de serviços de saúde:

- a) 06 (seis), escolhidos pelas organizações representativas, conforme especificado;
- b) 01 (um) pelo governo municipal, representante indicado pelo gestor municipal de saúde;
- c) 01 (um) pelo governo estadual, representante indicado pelo gestor estadual de saúde;
- d) 01 (um) pelo governo federal, representante indicado pelo gestor federal de saúde, através de sua gerência regional;
- e) 01 (um) pelas instituições formadoras, representante do Centro de Ciências da Saúde;
- f) 02 (dois) pelas entidades prestadoras de serviços de saúde, sendo: 01 (um) de entidades filantrópicas contratadas com o SUS e 01 (um) de entidades de prestadores privados contratados com o SUS, através de eleição, com envio da Ata contendo a assinatura de todos os presentes no evento, acompanhado de documentação comprobatória da existência da entidade;

II – pelos trabalhadores de saúde:

- a) 06 (seis) representantes escolhidos pelas entidades representativas do setor, entre associações e sindicatos, através de eleição em fórum ampliado, sendo pelo menos 02 (dois) representantes com área de atuação de suas entidades no setor público, devendo os representantes titulares e suplentes serem indicados, por escrito, através de Ata de realização do fórum próprio, contendo a assinatura de todos os presentes na reunião da entidade, com seu respectivo estatuto;

III – pelos usuários do SUS:

- a) 12 (doze) representantes escolhidos pelas entidades representativas do setor, através de eleição em fórum próprio e ampliado, com envio da Ata contendo assinatura de todos os presentes no evento, acompanhado de documentação comprobatória da existência da entidade:
 - i. 01 (um) representante de associações de portadores de patologias;
 - ii. 01 (um) representante de associações de portadores de deficiências;
 - iii. 01 (um) representante de movimento negro em saúde;
 - iv. 01 (um) representante de movimentos organizados de mulheres em saúde;
 - v. 01 (um) representante de entidades de aposentados e pensionistas;
 - vi. 01 (um) representante de entidades congregadas de sindicatos e centrais sindicais de trabalhadores;
 - vii. 01 (um) representante de entidades de defesa do consumidor;
 - viii. 01 (um) representante de organizações de moradores;
 - ix. 01 (um) representante de entidades ambientalistas;
 - x. 01 (um) representante de movimentos sociais organizados em saúde;
 - xi. 01 (um) representante da comunidade científica;
 - xii. 01 (um) representante do movimento estudantil;

§ 1º Para cada membro titular será eleito um suplente.

§ 2º A presidência do Conselho Municipal de Saúde será atribuída ao conselheiro eleito pela plenária do Conselho.

§ 3º Os representantes de todos os segmentos, titulares e suplentes, serão designados por portaria do Prefeito Constitucional, respeitando a indicação de suas entidades ou órgãos correspondentes nas formas previstas neste regimento.

§ 4º A ocupação de cargo em comissão ou função de confiança na esfera municipal ensejará automaticamente a declaração de impedimento do membro do Conselho, salvo na hipótese de ficar na condição de representante do setor público.

§ 5º O(a) Secretário(a) Municipal de Saúde é membro nato do CMS/JP.



CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS E COMPETÊNCIAS

Art. 7º Ao Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa, compete:

I – implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde;

II – elaborar e alterar, quando necessário, o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento do mesmo;

III – discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; e acompanhar a implantação e/ou implementação dos mesmos;

IV – atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V – definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; e acompanhar contratos e convênios e aprovar as revisões periódica;

VI – estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança, adolescente e outros;

VII – estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade;

VIII – avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;

IX – aprovar a proposta orçamentária anual de saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, consoante prescreve o art. 36, da Lei nº 8.080/90.

X – propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde – FMS e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

XI – controlar gastos e fiscalizar a movimentação de recursos de saúde, incluindo o FMS, os transferidos e os próprios do Município;

XII – analisar, discutir e aprovar o relatório da gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas no tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;

XIII – fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;

XIV – examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;

XV – aprovar as resoluções para as Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa à Plenária explicitando deveres e papéis dos Conselheiros nas pré-Conferências e Conferências de Saúde;

XVI – aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências de Saúde, reunidas ordinariamente, a cada 04 (quatro) anos, em ano não eleitoral, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelos §§ 1º e 5º, do art. 1º, da Lei nº 8.142/90;

XVII – estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, as entidades governamentais e privadas, visando a promoção da saúde;

XVIII – Estabelecer critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área de saúde;



XIX - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do SUS;

XX - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do CMS/JP, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

XXI - apoiar e promover a educação para o controle social, dentro de uma política de Educação Permanente;

XXII - aprovar, encaminhar e avaliar a política para os recursos humanos do SUS;

XXIII - acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde.

XXIV - Deliberar sobre lotação ideal de pessoal nos serviços de saúde e quanto aos critérios de seu remanejamento;

XXV - Fiscalizar, avaliar e referendar, critérios de liberação do serviço de servidores em saúde do município em processo de formação, habilitação e qualificação em educação permanente.

XXVI - Fiscalizar, avaliar e referendar, critérios e valores para remuneração de prestação de serviço à saúde.

XXVII - Fiscalizar, avaliar e referendar, sobre os processos de estágios de instituições formadoras pública e privada na rede de assistência em saúde do município.

XXVIII - Participar da regulação e do controle social do setor privado da área de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90;

XXIX - Deliberar sobre a necessidade social de novos cursos de nível superior na área da saúde e cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde;

XXX - Analisar trimestralmente a prestação de contas da SMS, constando das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XXXI - Adotar medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS no Município;

XXXII - Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema Único de Saúde;

XXXIII - O Conselho Municipal de Saúde convocará a cada 04 (quatro) anos, uma Conferência Municipal de Saúde, para avaliar a política municipal de saúde, propor diretrizes de ação para o Sistema Único de Saúde e efetuar a eleição dos representantes do Conselho.

XXXIV - Outras atribuições definidas em lei.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 8º A função de conselheiro é de relevância pública, voluntária e honorífica, não gerando direito à remuneração, garantindo sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, habilitações técnicas e ações específicas do Conselho de Saúde.



Art. 9. O CMS/JP funcionará segundo o que disciplina o seu Regimento Interno e terá as seguintes normas gerais:

I – o órgão de deliberação máxima será a Plenária do Conselho;

II – a Plenária do Conselho reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, em sua primeira quinta-feira útil e extraordinariamente quando necessária, sendo convocada, em ambos os casos, pelo Presidente ou pela metade mais um dos seus membros;

III – o CMS/JP reunir-se-á extraordinariamente para tratar de matérias especiais ou urgentes, quando houver:

- a) convocação formal da Mesa Diretora;
- b) convocação formal de metade mais um de seus membros titulares.

IV – cada membro do Conselho terá direito a um único voto na Plenária do Conselho;

V – as Plenárias do Conselho serão instaladas com a presença de metade mais um de seus membros, que deliberarão pelos votos da maioria dos presentes;

VI – as decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em:

- a) Resoluções homologadas pelo gestor da Saúde sempre que se reportarem a responsabilidades legais do Conselho;
- b) Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;
- c) Moções que expressem o juízo do Conselho, sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

VII – As deliberações serão identificadas pelo seu tipo e numeradas correlativamente.

VIII – a Mesa Diretora do Conselho fará os encaminhamentos, no que se refere aos assuntos administrativos do conselho.

IX – a pauta e o material de apoio às reuniões deverão ser encaminhados aos conselheiros com antecedência de dois dias úteis da reunião;

X – Os pedidos de inserção de pontos na pauta deverão ser entregues na Secretaria Executiva do Conselho com suas devidas documentações dentro do prazo de sete dias antes da reunião a que se propõe ser apreciada.

XI – A Secretaria Executiva procederá a seleção de temas para elaboração da pauta obedecendo os seguintes critérios:

- a) Pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);
- b) Relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho);
- c) Tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);
- d) Precedência (ordem da entrada da solicitação).

XII – Cabe à Secretaria Executiva a preparação de cada tema da pauta da ordem do dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos aos conselheiros em tempo hábil.

XIII – as Resoluções do Conselho serão, obrigatoriamente, homologadas pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde, em um prazo de trinta dias, dando-lhes publicidade oficial ou justificando com proposta de alteração ou rejeição, a ser apreciada na reunião seguinte. Havendo, ainda assim, impasse e se 2/3 da plenária entender que haverá prejuízo para a população o ministério público poderá ser acionado.

XIV – as reuniões plenárias serão abertas ao público. Esse terá direito a voz, após aprovação pela plenária.



Art. 10. O mandato dos conselheiros será de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzido por igual período, não devendo coincidir com o mandato do Governo Municipal.

§ 1º – Perderá o mandato, o conselheiro que no período de 01 (um) ano, faltar a 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) alternadas, sem justificativas.

§ 2º – 02 (dois) meses antes do término do mandato de cada conselheiro, a Secretaria Executiva do CMS/JP encaminhará às entidades representativas, ofício solicitando a indicação do seu representante, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de recebimento do mesmo, para participar dos processos eleitorais, nas formas previstas neste regimento.

Art. 11. – Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão substituídos pelas respectivas entidades, quando titulares e suplentes faltarem, sem motivo justificado e aceito pela plenária, a 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) alternadas, num período de doze (12) meses.

§ 1º – Aos suplentes de Conselheiros será garantida a participação nas sessões plenárias do CMS/JP, com direito a voz, ficando o direito de voto garantido nas substituições.

§ 2º – No caso da vacância de que trata o *caput* deste artigo, terão os órgãos ou entidades o prazo de 30 (trinta) dias, após o recebimento do comunicado, para apresentar substituto, sob pena de substituição por outro órgão ou entidade, obedecendo-se o que dispõe este regimento.

§ 3º – Os Cargos de Titular e suplente dos membros do Conselho serão preenchidos pelas entidades respectivas e órgãos eleitos e/ou indicados, sendo facultado a esta ceder um dos cargos para participação de outras entidades ou órgão.

§ 4º – As justificativas de falta de que trata o *caput* deste artigo, deverão ser encaminhadas até quarenta e oito horas após a Reunião, à Secretaria Executiva do CMS/JP, por escrito, via e-mail ou outros meios de correspondência, com prova de recebimento, sendo posteriormente levadas ao conhecimento e aprovação da Plenária.

Art. 12. A Mesa Diretora, será composta de 02 (dois) representantes do segmento dos usuários, 01 (um) do segmento dos trabalhadores e 01 (um) do governo, obedecendo a paridade prevista em lei distribuídos em:

- presidente do Conselho;
- vice-presidente;
- secretário; e
- vice-secretário.

Art. 13. Para melhor desempenho de suas funções, o Conselho Municipal de Saúde poderá recorrer a pessoas e entidades, mediante os seguintes critérios:

I – consideram-se colaboradores do Conselho Municipal, as instituições formadoras de trabalhadores para a saúde e as entidades representativas de profissionais e usuários de saúde, independentemente de sua condição de membros;

II – poderão ser convidadas pessoas ou instituições de notória especialização na área de saúde para assessorar o Conselho em assuntos específicos;

Art. 14. Sempre que forem convocadas eleições para a Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde, o Plenário editará as normas do procedimento eleitoral, observado os dispositivos previsto em lei.

Art.15 - O Conselho Municipal de Saúde tem a seguinte organização:

I - Plenário (órgão deliberativo);

II - Secretaria Executiva e de Apoio Administrativo – SEAA (nomeada pelo Prefeito do Município, subordinada ao Plenário, com estrutura e dimensão prevista no Regimento Interno).

III - Comissão de Trabalho interna permanente ou temporária.

IV – Grupos de trabalho.



Art.16 – O Conselho Municipal de Saúde funcionará da seguinte forma:

I - O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á, ordinariamente, 11 (onze) vezes por ano, e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria simples dos seus membros.

II - As reuniões ordinárias, terão dia, local e horário, definidos em calendário estabelecido pelo plenário;

§ 1º – O prazo mínimo para convocação de reunião extra - ordinária e divulgação é de até dois dias úteis de antecedência.

§ 2º – A Mesa Diretora se reunirá uma vez a cada mês, para tratar dos assuntos relacionados à condução dos trabalhos do CMS/JP.

Art.17 - As reuniões serão abertas ao público e instalar-se-ão com a presença da maioria simples dos membros do Conselho.

§ 1º : As questões de ordem serão decididas por maioria simples de votos dos presentes.

§ 2º: A qualquer momento poderá ser solicitada verificação de quorum, e não o havendo será suspensa a reunião temporariamente até a recuperação da presença mínima exigida no parágrafo 1º deste artigo.

Art. 18 - O Presidente do Conselho municipal de Saúde terá direito a voto nominal e de qualidade, bem como, a prerrogativa de deliberar em casos de extrema urgência *ad referendum* do Plenário, submetendo o seu ato à ratificação deste na reunião subsequente.

Art. 19 – As Sessões plenárias funcionarão obedecendo a seguinte ordem:

I - Verificação da existência de quorum e assinatura do livro de presença;

II - Leitura, discussão, votação da ata da reunião anterior;

III - Comunicações breves (informes);

IV - Proposituras de questões de urgência e/ou relevância;

V - Leitura da ordem do dia;

§ 1º - As reuniões terão início às 14 (quatorze) horas com tolerância de 30 (trinta) minutos, para sua instalação, encerrando-se às 17h30 (dezessete e trinta) horas;

§ 2º - As reuniões poderão ser prorrogadas a critério da maioria simples dos conselheiros presentes;

§ 3º - O Conselheiro que não permanecer até ao término da plenária será considerado como faltoso em sua frequência, salvo por motivo superior.

§ 4º - Os informes não comportam discussão e votação, somente esclarecimentos breves. Os Conselheiros que desejarem apresentar informes devem inscrever-se na Secretaria Executiva até trinta minutos antes do início previsto para a Reunião.

§ 5º - Para apresentação do seu informe cada conselheiro inscrito disporá de 5 minutos improrrogáveis. Em caso de polêmica ou necessidade de deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da reunião ou ser pautado para a próxima, sempre a critério do Plenário.

Art. 20 – Ao início da discussão e antes da votação poderá haver pedido de vistas, devendo o assunto retornar impreterivelmente na reunião ordinária seguinte ou extraordinária para apreciação e votação, mesmo que este direito seja exercido por mais de 01 (um) Conselheiro. O Conselheiro que pediu vistas será o relator. No caso de mais de um Conselheiro pedir vistas, haverá tantos relatores quanto os pedidos de vista;

§ 1º - O não cumprimento do que determina esse artigo, reflete desrespeito à Mesa Diretora, ao Plenário bem como à população, e acarretará, automaticamente, o impedimento dos direitos de voto e pedido de vista, do Conselheiro, para a Reunião seguinte.

 7

§ 2º - Salvo motivo de força maior, nenhum processo poderá ficar em tramitação por mais de 30 (trinta) dias, quando será levada à votação.

Art. 21 - A questão de ordem é direito exclusivamente ligado ao cumprimento dos dispositivos regimentais e legais, cabendo ao presidente da mesa avaliar a pertinência de acatá-la ou não, ouvindo-se o Plenário em caso de conflito com o requerente;

Art. 22 - Não serão discutidas e votadas matérias não constantes na ordem do dia, exceto as de urgências, após aprovação de 2/3 (dois terços) dos conselheiros presentes.

Art. 23 - Após encerramento da discussão, o assunto será submetido a deliberação da Plenária, em votação aberta.

Art. 24 - Cada conselheiro terá direito a um único voto por matéria apreciada na sessão plenária.

Art. 25 - A fala de cada conselheiro terá a duração de três minutos prorrogáveis por mais um, coordenados pela mesa, que inclusive controla o tempo.

§ 1º - O desrespeito ao cumprimento do que determina esse artigo poderá render advertência ao conselheiro, corte de som do conselheiro, ou em caso grave de desrespeito, agressão física ou moral, o conselheiro poderá ser encaminhado à comissão de ética que tomará as medidas cabíveis.

§ 2º - o assunto a que se refere o parágrafo anterior terá sua resolução em discussão pela plenária.

Art. 26 - Os conselheiros suplentes terão o direito a voz assegurado e na ausência de seu titular também terá direito a voto.

Art. 27 - As reuniões do Plenário devem ser gravadas e das atas devem constar:

a) relação dos participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;

b) resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

c) relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável(eis) pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por conselheiro(s);

d) as deliberações tomadas, inclusive quanto a aprovação da ata da reunião anterior, registrando o número de votos contra, a favor e abstenções, incluindo votação nominal quando solicitada.

§ 1º - O teor integral das matérias tratadas nas reuniões do Conselho estará disponível na Secretaria Executiva em gravação e/ou em cópia de documentos.

§ 2º - A Secretaria Executiva providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada Conselheiro possa recebê-la, no mínimo, dois dias úteis antes da reunião em que será apreciada.

§ 3º - As falas gravadas em reunião deverão ser transcritas fielmente para a ata, sem direito a posteriores modificações, cabendo ao conselheiro o direito de retratação e/ou revisão de fala em reunião posterior.

§ 4º - O conselheiro poderá solicitar revisão de fala transcrita para a ata. Essa revisão será feita pela mesa diretora, comissão de ética e Secretaria Executiva.

Art. 28 - As deliberações serão tomadas pela maioria simples dos votos dos Conselheiros presentes, exceto os casos previstos neste regimento.

Art. 29 - A duração da sessão plenária será a julgada necessária, podendo ser interrompida para prosseguimento em data, local e horário estabelecidos pelos presentes.

Art. 30 - O CMS/JP terá orçamento próprio disponível para viabilizar qualquer atividade ou evento definido em plenário e será garantido através de um plano de aplicação.

PARAGRAFO ÚNICO: O financiamento e a gestão financeira do conselho deve ser definido e especificado

em resolução específica.

Art. 31 – O Conselho ainda instituirá assessorias permanentes que possibilitem a análise técnica e profissional dos diversos temas de sua competência, nas áreas:

I – JURÍDICA – responsável pelo assessoramento na análise e elaboração de pareceres sobre leis, decretos, resoluções, normas, medidas provisórias e demais atos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como sobre normas, deliberações e atos dos próprios conselheiros.

II – ECONÔMICA – Responsável pelo assessoramento na análise e elaboração de pareceres que subsidiem os trabalhos de acompanhamento da elaboração e execução do orçamento, fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, repasse de recursos etc.

Parágrafo Único – O Conselho de Saúde poderá constituir assessorias em outras áreas temáticas, permanentes ou temporárias de acordo com suas necessidades específicas, garantindo o acesso de todos os conselheiros às informações indispensáveis ao bom desempenho de suas funções.

Art. 32- Na ausência e impedimento do presidente e/ou membros da mesa diretora que seguindo a hierarquia possa substituí-lo, será imediatamente eleito, entre os conselheiros presentes, o seu substituto.

Art. 33 - Os(as) funcionários(as) designados(as) para apoio técnico e administrativo, junto à Secretaria Executiva, deverão ser solicitados pelo presidente do conselho, à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

Art. 34 – Terá prioridade a participação em eventos, representando o conselho, os conselheiros que tenham área de atuação afim a temática.

Art. 35 - A convocação e pauta do CMS/JP, para reuniões ordinárias e extraordinárias, poderão ser encaminhadas através de internet E-mail, assim como os documentos que serão apreciados e aprovados durante as respectivas reuniões. A documentação não autorizada e/ou disponibilizada de forma virtual será entregue impressa.

CAPITULO V

COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO

Art. 36 - O CMS/JP formará comissões internas permanente ou temporárias e também grupos de trabalho, esses serão formados de acordo com a demanda das matérias encaminhadas para análise.

Art. 37 - As Comissões e Grupos de Trabalho de que trata este Regimento serão constituídas pelo Conselho Municipal de Saúde contando cada membro com respectivo suplente, que o substituirá nos seus impedimentos, ambos aprovados pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde e designados pelo Presidente do Conselho, conforme recomendado a seguir:

a) Comissões Permanentes - O Conselho Municipal de Saúde poderá, no interesse da Saúde, criar outras Comissões Permanentes, que não tenham caráter intersetorial, com até 5 membros efetivos, desde que aprovados por 2/3 dos seus membros;

b) Grupos de Trabalho - Os Grupos de Trabalho, instituídos pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde, têm a finalidade de fornecer subsídios de ordem técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica com prazo determinado de funcionamento, devendo ser compostos por no máximo 5 membros, que não necessitam obrigatoriamente ser conselheiros.

§ 1º - Nenhum conselheiro poderá participar simultaneamente de mais de duas Comissões Permanentes.

§ 2º - Será substituído o membro da Comissão ou Grupo de Trabalho que faltar, sem justificativa apresentada até 48 horas após a reunião, a duas reuniões consecutivas ou quatro intercaladas no período de um ano. A Secretaria Executiva comunicará ao Conselho Municipal de Saúde para providenciar a sua substituição.

Art. 38 - A constituição e funcionamento de cada Comissão e Grupo de Trabalho serão estabelecidos em Resolução específica e deverão estar embasados na explicitação de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Parágrafo único - os locais de reunião das Comissões e Grupos de Trabalho serão escolhidos segundo critérios

de economicidade e praticidade.

Art. 39 - Aos coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho incumbe:

I - Coordenar os trabalhos;

II - Promover as condições necessárias para que a Comissão ou Grupo de Trabalho atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;

III - Designar secretário "ad hoc" para cada reunião;

IV - Apresentar relatório conclusivo à Secretaria Executiva, sobre matéria submetida a estudo, dentro do prazo fixado pelo Conselho, acompanhado de todos os documentos que se fizerem necessários ao cumprimento de suas finalidades, bem como das atas das reuniões assinadas pelos participantes, para encaminhamento ao plenário do Conselho Municipal de Saúde;

V - Assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pela Comissão ou Grupo de Trabalho encaminhando-as ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 40 - Aos membros das Comissões ou Grupo de Trabalho incumbe:

I - Realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem distribuídas;

II - Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;

III - Elaborar documentos que subsidiem as decisões das Comissões ou Grupos de Trabalho;

IV - Realizar visitas aos serviços de saúde para acompanhamento, quando membro da comissão, convocado pelo Conselho Municipal de Saúde ou por denúncia, para apurá-la e obter informações, para as devidas providências.

Art. 41 - Deverão ser criadas comissões permanentes ou temporárias aprovadas pela maioria deliberativa da plenária.

CAPÍTULO VI ATRIBUIÇÕES DOS ÓRGÃOS

Art. 42 – Ao Plenário do CMS/JP compete examinar e definir soluções para os problemas que envolvam a política de saúde no município.

SEÇÃO I

ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 43 - O Conselho Municipal de Saúde terá uma Secretaria Executiva, diretamente subordinada à sua Mesa Diretora.

Parágrafo Único - A Secretaria Executiva é órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas nesse Regimento;

Art. 44 - São atribuições da Secretaria Executiva:

I - Preparar, antecipadamente, as reuniões do Plenário do Conselho, incluindo convites a apresentadores de temas previamente aprovados, preparação de informes, remessas de material aos Conselheiros e outras providências;

II - Acompanhar as reuniões do Plenário, assistir ao Presidente da mesa e anotar os pontos mais relevantes visando a checagem da redação final da ata;

III - Dar encaminhamento às deliberações do Plenário, inclusive revendo a cada mês a implementação de deliberações de reuniões anteriores, como supervisão da mesa diretora;

IV - Acompanhar e apoiar os trabalhos das Comissões e Grupos de Trabalho inclusive quanto ao cumprimento dos prazos de apresentação de produtos ao Plenário;

V - Promover, coordenar e participar do mapeamento e recolhimento de informações e análises estratégicas produzidas nos vários órgãos e entidades dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, do Ministério Público e da Sociedade, conselho municipal, estadual, nacional e outros conselhos gestores processando-as e fornecendo-as aos Conselheiros na forma de subsídios para o cumprimento das suas competências legais;

VI - Encaminhar ao plenário propostas de Convênios de Cooperação Técnica visando a implementação e enriquecimento das atribuições da Secretaria Executiva, incluindo a profissionalização dos trabalhos;

VII - Acompanhar, supervisionar e participar da execução dos Convênios do Conselho municipal de Saúde;

VIII - Propor ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde, a formalização da estrutura organizativa da Secretaria Executiva e sua funcionalidade interna através de resolução específica;

IX - Despachar os processos e expedientes de rotina;

X - Acompanhar o encaminhamento dado às Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Conselho e dar as respectivas informações atualizadas durante os informes do Conselho Nacional de Saúde.

XI - Instalar as Comissões e Grupos de Trabalho;

XII - Promover e praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desempenho das atividades do Conselho municipal de Saúde e de suas Comissões e Grupos de Trabalho, pertinentes a orçamento, finanças, serviços gerais e pessoal. m todos os casos a Mesa Diretora do Conselho deverá ser consultada. Somente após aprovação dessa, a Secretaria Executiva poderá encaminhar qualquer assunto.

XIII - Participar da mesa assessorando a mesa diretora e o Coordenador nas Reuniões Plenárias; sem direito a voz ou voto. Somente terá direito a voz após convite da Mesa Diretora ou conselheiro.

IX - Despachar com o Presidente do Conselho Nacional de Saúde os assuntos pertinentes ao Conselho;

X - Articular-se com os Coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho para fiel desempenho das suas atividades, em cumprimento das deliberações do Conselho Municipal de Saúde e promover o apoio necessário às mesmas;

XI - Manter entendimentos, junto com a mesa diretora, com dirigentes dos demais órgãos da Secretaria Municipal de Saúde, de outros do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada no interesse dos assuntos afins;

XII - Submeter à Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde e ao Plenário, relatório das atividades do Conselho municipal de Saúde do ano anterior, no primeiro trimestre de cada ano;

XIII - Acompanhar e agilizar as publicações das Resoluções do Plenário;

XIV - Exercer outras atribuições que lhe sejam delegadas pelo Presidente da mesa diretora do Conselho municipal de Saúde assim como pelo Plenário;

XV – Responsabilizar-se pelo assessoramento na elaboração de boletins informativos e a relação com os meios de comunicação em geral, garantindo uma maior possibilidade de informativos e relação com os meios de comunicação em geral, garantindo uma maior possibilidade de divulgação das atividades, suas resoluções e informações sobre saúde e promovendo uma maior divulgação das discussões sobre a política de saúde em cada esfera de governo.

SEÇÃO II

ATRIBUIÇÃO DA MESA DIRETORA

A) ATRIBUIÇÃO DO PRESIDENTE:

Art. 45 – O Presidente do CMS/JP tem as seguintes atribuições:

I – Convocar e presidir as reuniões, propondo e submetendo as questões apurando os votos, proclamando as decisões e assinando as resoluções;



- II** – Convocar as sessões extraordinárias;
- III** – Proceder a distribuição dos Processos;
- IV** – Representar o CMS/JP nas suas relações internas e externas;
- V** – Promover medidas destinadas ao cumprimento das deliberações das sessões plenárias.
- VI** – Manter contatos com dirigentes dos demais órgãos públicos, no interesse de assuntos comuns;
- VII** – Demais atividades inerentes à função e necessários ao pleno exercício da presidência;
- VIII** – Cumprir resoluções decorrentes de deliberações do CMS/JP;
- IX** – Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

B) ATRIBUIÇÃO DO VICE - PRESIDENTE:

- I** – As mesmas do presidente em sua ausência e/ou impedimento

C) ATRIBUIÇÃO DO SECRETÁRIO:

- I** – Acompanhar, orientar e participar dos trabalhos da Secretaria Executiva em suas atribuições;
- II** – Secretariar a mesa diretora nas reuniões plenárias bem como fora delas;
- III** – Substituir conforme esse regimento os demais membros da mesa diretora na coordenação das reuniões;
- IV** – Representar o conselho e sua mesa diretora de acordo com encaminhamentos;
- V** – Todas as demais atribuições de conselheiros;
- VI** – Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

D) ATRIBUIÇÃO DO SEGUNDO SECRETÁRIO:

- I** – As mesmas do Secretário em sua ausência e/ou impedimento

SEÇÃO III

ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS:

- I** – Comparecer as reuniões ordinárias e extraordinárias, justificando as faltas até 48 horas após a reunião;
- II** – Relatar, no prazo regimental, o processo que lhe for distribuído, proferindo parecer conclusivo e voto;
- III** – Representar o CMS quando designado pela plenária, ou na impossibilidade, pela mesa diretora presidente;
- IV** – Requerer, justificadamente, que conste da pauta assuntos para apreciação e deliberação do Plenário bem como preferência sobre matérias urgentes;
- V** – Apresentar projetos de resoluções e formular moções ou proposições no âmbito de competência do Conselho;
- VI** – Solicitar diligências em processos;
- VII** – Apreciar e votar os assuntos submetidos ao CMS/JP;

VIII – Eleger membros para acompanhar comissão formada pelo CMS/JP com poder de acesso a todos os documentos.

IX – Demais atividades correlatas com a função de membro do CMS/JP, previstas em lei.

X - Substituir o Presidente, quando esgotada a sequência hierárquica, realizando suas atividades, após eleito entre os conselheiros.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 46 – Os membros do CMS/JP tomarão posse em sessão plenária do Conselho.

Art. 47 – Havendo vacância de conselheiros que venha a ferir a paridade entre prestadores de serviços e usuários de que trata a lei 8.142/90, não será instalada sessão enquanto não for preenchida essa exigência.

Art. 48 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Conselho, através de resoluções aprovadas por maioria absoluta.

Art. 49 – Este regimento Interno poderá ser alterado no todo ou em parte, em reuniões extraordinárias convocadas especificamente para este fim, por maioria absoluta dos membros do Conselho.

Art. 50 – Este Regimento Interno entrará em vigor, após aprovação da plenária do CMS/JP, especificamente convocada para este fim e publicação no Semanário Oficial do Município.

Art. 51 – Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 52 – Quando julgar necessário, o Plenário do Conselho de Saúde criará regulamentos específicos com o objetivo de disciplinar e definir as normas e procedimentos de funcionamento dos órgãos do Conselho, assim como de atividades onde esses procedimentos se justifiquem.

Parágrafo Único – Os regulamentos serão aprovados e/ou modificados por dois terços dos membros

Art. 53 - O Conselho municipal de Saúde poderá organizar mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas competências, tendo como relator um ou mais conselheiros por ele designado(s).

Art. 54 - As Comissões e os Grupos de Trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão federal, estadual ou municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos desde que aprovado pelo Plenário.

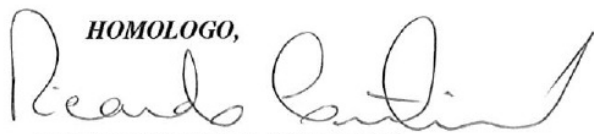
Art. 55 – Os conselheiros poderão ser submetidos a um processo de educação permanente, periódica, para aprimoramento do exercício de suas funções, convidando, para tanto, pessoas das diversas áreas temáticas afins, entidades e conselhos de saúde, para tratar de diversos assuntos, inclusas a legislação vigente e práticas do SUS.

Parágrafo Único – O mantimento das atividades tratadas neste artigo, advirá dos recursos próprios do CMS e da SMS.

Art. 56 – O que não estiver contemplado nesse Regimento poderá ser discutido e decidido pela plenária.

João Pessoa, 22 de NOVEMBRO de 2007.

HOMOLOGO,


RICARDO VIEIRA COUTINHO
PREFEITO


JAILSON VILBERTO DE SOUSA E SILVA
PRESIDENTE DO CMS/JP

ANEXO D - LEI Nº 12.152, DE 09 DE SETEMBRO DE 2011



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

LEI Nº 12.152, DE 09 DE SETEMBRO DE 2011

**TRANSFORMA A COORDENADORIA DO
ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO EM
SECRETARIA EXECUTIVA DO ORÇAMENTO
DEMOCRÁTICO, ALTERANDO DISPOSITIVOS DA
LEI MUNICIPAL Nº 11.903, DE 29 DE MARÇO
DE 2010, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**

**O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA, FAÇO
SABER QUE A CÂMARA MUNICIPAL DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:**

**CAPÍTULO I
DO ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO DO MUNICÍPIO**

**SEÇÃO I
DA SECRETARIA EXECUTIVA DO ORÇAMENTO DEMOCRÁTICO**

Art. 1º Fica transformada a Coordenadoria do Orçamento Democrático em **Secretaria Executiva do Orçamento Democrático**, vinculada à Secretaria da Transparência Pública.

Parágrafo único. O Orçamento Democrático do Município tem como objetivo fortalecer a participação da sociedade na gestão pública municipal, através de mecanismos de prestação de contas e de transparências das ações governamentais e das políticas públicas.

Art. 2º A estrutura organizacional da Secretaria Executiva do Orçamento Democrático do Município é a constante dos anexos I, II e III da presente Lei.

**SEÇÃO II
DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 3º Constituem competências da Secretaria Executiva do Orçamento Democrático:

- I- instituir a Democracia Participativa na Gestão das Políticas Públicas do Município de João Pessoa;
- II- mobilizar, avaliar e informar a comunidade, por meio de seus representantes, sobre o andamento das obras e serviços solicitados através das Plenárias do Orçamento Democrático;
- III- conduzir o processo de escolha dos representantes voluntários a serem eleitos pela população para atuarem no Ciclo do Orçamento Democrático;
- IV- participar da formulação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e do Plano de Investimento Setorial;
- V- exercer a fiscalização das obras, serviços e ações da Prefeitura Municipal de João Pessoa.



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

SEÇÃO III

DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 4º Para fiel cumprimento de suas atribuições, a Secretaria Executiva do Orçamento Democrático terá a seguinte estrutura:

- I- Gabinete do Secretário(a) Executivo(a) do Orçamento Democrático;
- II- Assessoria de Comunicação;
- III- Assessoria Técnica;
- IV- Assessoria Jurídica;
- V- Unidade de Apoio à Informática;
- VI- Diretoria de Planejamento e Acompanhamento;
- VII- Divisão de Acompanhamento Regional;
- VIII- Divisão de Informação e Banco de Dados;
- IX- Divisão de Acompanhamento Orçamentário;
- X- Diretoria de Apoio Logístico;
- XI- Divisão de Eventos;
- XII- Divisão de Transportes.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

DO SECRETÁRIO EXECUTIVO

Art. 5º São atribuições do Secretário Executivo do Orçamento Democrático do Município:

- I- coordenar as ações do Orçamento Democrático nas regiões; II- ampliar a participação democrática na gestão do Orçamento;
- III- instituir mecanismos de controle das demandas e dos serviços;
- IV- promover as relações institucionais entre o Orçamento Democrático do Município e os Órgãos da Administração Direta, Indireta e Fundacional;
- V- praticar demais atos inerentes ao exercício das atribuições de direção superior ou decorrente de delegação do prefeito municipal.

SEÇÃO II

DA CHEFIA DE GABINETE

Art. 6º São atribuições da Chefia de Gabinete:

- I- Assessorar o(a) Secretário(a) Executivo(a) nos assuntos que lhe são inerentes;
- II- despachar diretamente com o(a) Secretário(a);
- III- supervisionar a agenda do(a) Secretário(a) e, por impossibilidade do(a) Secretário(a), realizar atendimentos, comparecer a audiências, reuniões e despachos;
- IV- conduzir tarefas de caráter reservado e/ou confidencial determinadas pelo(a) Secretário (a);



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

V- preparar ou supervisionar o despacho do(a) Secretário(a) e acompanhar a execução das suas decisões e determinações;

VI- manter articulação permanente com os demais dirigentes para solucionar questões solicitadas pela Secretário(a);

VII- supervisionar os recursos humanos no âmbito da Secretaria; VIII- outras atividades afins.

SEÇÃO III DAS DIRETORIAS

SUBSEÇÃO I DA DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Art. 7º São atribuições da Diretoria de Planejamento e Acompanhamento:

I- coletar informações e materiais junto à população nos Ciclos do Orçamento Democrático para utilização na gestão municipal;

II- produzir, avaliar e manter bancos de dados sobre os Ciclos do Orçamento Democrático;

III- buscar recursos através de programas de fomento e de entidades financiadoras da política de participação popular;

IV- acompanhar processo legislativo orçamentário;

V- acompanhar a execução orçamentária e projetos investidos em cada região;

VI- desenvolver projetos educativos e sociais com a participação da sociedade civil;

VII- outras atividades afins.

SUBSEÇÃO II DA DIRETORIA DE APOIO LOGÍSTICO

Art. 8º São atribuições da Diretoria de Apoio Logístico Técnica:

I- conduzir a organização de todo e qualquer evento da Secretaria Executiva do Orçamento Democrático;

II- coordenar a equipe de pessoal e infraestrutura responsável pelos eventos;

III- executar outras atividades correlatas.

SEÇÃO VI DAS ASSESSORIAS

SUBSEÇÃO I DA ASSESSORIA TÉCNICA

Art. 9º São atribuições da Assessoria Técnica:

I- assessorar o Secretário(a) na formulação de políticas e diretrizes gerais a serem definidas pelo Orçamento Democrático do Município;

II- elaborar, com apoio das demais unidades, normas técnicas para o cumprimento das diretrizes do Orçamento Democrático do Município;



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

- III- prestar assistência técnica ao Secretário, nos processos a ele submetidos, nas relações internas com as unidades que integram o órgão;
- IV- executar demais atividades correlatas.

SUBSEÇÃO II DA ASSESSORIA JURÍDICA

Art. 10. São atribuições da Assessoria Jurídica:

- I- organizar, dirigir, coordenar e controlar as atividades de sua responsabilidade;
- II- promover assistência jurídica ao Secretário(a), emitindo pareceres e exames de legalidade para interpretação;
- III- manter articulação permanente com a Procuradoria Geral do Município;
- IV- executar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Art. 11. São atribuições da Assessoria de Comunicação Social:

- I- organizar, dirigir, coordenar as atividades de sua responsabilidade;
- II- manter articulação com a Secretaria de Comunicação Social;
- III- divulgar as ações da Secretaria no mídia impressa, televisa e radiofônica, sempre em articulação e anuência da Secretaria de Comunicação Social;
- IV- praticar os demais atos inerentes ao exercício de suas atribuições.

SUBSEÇÃO IV DA UNIDADE DE APOIO À INFORMÁTICA

Art. 12. São atribuições da Unidade de Apoio a Informática:

- I- codificar, copilar e implantar sistemas e processos para elaboração de relatórios;
- II- manter atualizado bando de dados;
- III- verificar a integridades dos sistemas;
- IV- realizar suporte aos usuários e executar manutenção preventiva de hardware;
- V- outras atividades correlatas.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 13. A adequação do Quadro de Detalhamento de Despesas - QDD às necessidades da execução orçamentária, observados os limites dos recursos financeiros definidos na Lei Orçamentária do exercício de 2011, ressalvados os remanejamentos e suplementações autorizadas em lei, será promovida através de Decreto do Chefe do Executivo.



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

Art. 14. O Chefe do Poder Executivo poderá, através de Decreto, estabelecer novas atribuições às estruturas estabelecidas no art. 4º da presente lei.

SEÇÃO II

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15. Fica criado o cargo em comissão, símbolo DAS-3, de Secretário do Conselho do Orçamento Democrático, criado através da lei Municipal nº 11.903, de 29 de março de 2010.

Art. 16. Ficam transformados e remanejados para a estrutura da Secretaria Executiva do Orçamento Democrático do Município os cargos em comissão constantes da estrutura organizacional da Coordenadoria do Orçamento Democrático, conforme previstos no art. 7º, item 2.4.2.3 c/c o art. 20, item 2.4.1, Anexo I, Tabela A, ambos da Lei Municipal nº 10.429, de 14 de fevereiro de 2005, acrescidos dos Anexos I, II e III da presente lei.

Art. 17. A eficácia das medidas adotadas por força da publicação da presente Lei dependerá de ato normativo específico editado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal.

Art. 18. Os cargos criados, na forma da presente lei, possuem natureza de comissionados, de livre nomeação e exoneração pelo Chefe do Executivo Municipal e destinam-se às atribuições de direção, chefia e assessoramento.

Art. 19. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

PAÇO DO GABINETE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, EM 09 DE SETEMBRO DE 2011.

JOSÉ LUCIANO AGRA DE OLIVEIRA
Prefeito



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

ANEXO I

1. SECRETARIA EXECUTIVA DE ORÇAMENTO DEMOCRATICO		
1.1 NÍVEL DE DIREÇÃO SUPERIOR		
1.1.1 Secretário Executivo	SMN-1	01
1.2 NÍVEL DE DIREÇÃO INSTRUMENTAL E ASSESSORAMENTO		
1.2.1 Chefe de Gabinete	DAE-1	01
1.2.2 Chefe de Secretaria Pessoal	DAE-3	01
1.2.3 Diretoria de Planejamento e Acompanhamento	DAE-2	01
1.2.4 Diretoria de Apoio Logístico	DAE-2	01
1.2.5 Assessoria Jurídica 1.2.6	DAE-3	01
Assessoria Técnica	DAE-3	01
1.2.8 Assessoria de Comunicação Social	DAE-3	01
1.2.9 Unidade de Apoio a Informática	DAE-3	01
1.2.10 Divisão de Acompanhamento Regional	DAS-1	01
1.2.11 Divisão de Acompanhamento Orçamentário	DAS-1	01
1.2.12 Divisão de Pesquisa e Projetos	DAS-1	01
1.2.13 Divisão de Eventos	DAS-1	01
1.2.14 Divisão de Transportes	DAS-1	01
AMBITO DE ASSESSORAMENTO		
Assessor Técnico	DAE-3	03
Assistente de Gabinete	DAS-3	03
Chefe de Núcleo Regional	DAS-3	20
Total		40



ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano

ANEXO II

1.1 NÍVEL DE DIREÇÃO SUPERIOR

1.1.1 Secretário Executivo

1.2 NÍVEL DE ATUAÇÃO INSTRUMENTAL

1.2.1 Diretoria de Planejamento e Acompanhamento

1.2.1.1 Divisão de Acompanhamento Regional

1.2.1.2 Divisão de Acompanhamento Orçamentário

1.2.1.3 Divisão de Pesquisa e Projetos

1.2.2 Diretoria de Apoio Logístico

1.2.2.1 Divisão de Eventos

1.2.2.2 Divisão de Transportes

1.3 NÍVEL DE ASSESSORAMENTO

1.3.1 Chefia de Gabinete

1.3.2 Chefia da Secretaria Pessoal 1.3.3

Chefia da Assessoria Jurídica 1.3.4 Chefia

de Assessoria Técnica

1.3.5 Chefia da Assessoria de Comunicação Social

1.3.6 Chefe da Unidade de Apoio a Informática

ESTADO DA PARAÍBA
Câmara Municipal de João Pessoa
Casa de Napoleão Laureano



ANEXO III

SÍMBOLO	VENCIMENTO	GRATIFICAÇÃO PELO EXERCÍCIO DO CARGO EM COMISSÃO	TOTAL (R\$)
SMN-1	SUBSÍDIO		9.800,00
DAE-1	33,233	820,326	853,656
DAE-2	3,3333	56,2556	89,5860
DAE-3	,2333	6,67492	0,00525
DAS-1	,2333	,19276	,52310
DAS-3	,23	,76	,00