

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
MUNICIPAL**

Ema Dejanira Fogaça dos Santos

**DESENVOLVIMENTO LOCAL E O ORÇAMENTO
PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PÚBLICA
NA ÁREA DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2012

Ema Dejanira Fogaça dos Santos

**DESENVOLVIMENTO LOCAL E O ORÇAMENTO
PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PÚBLICA
NA ÁREA DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização
em Gestão Pública Municipal –
modalidade a distância da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como
requisito para a obtenção do título de
especialista.

Orientadora: Profa. Cynthia Castiel Menda e

Tutora: Carla Garcia Bottega

Porto Alegre

2012

Éma Dejanira Fogaça dos Santos

**DESENVOLVIMENTO LOCAL E O ORÇAMENTO
PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO PÚBLICA
NA ÁREA DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em 12 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fábio Bittencourt Meira

Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Dedico este trabalho *in memoriam* à minha avó Emma, cujo sonho era aprender a ler e a escrever, que mesmo não dominando o mundo do saber tinha uma grande sabedoria e infinita bondade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores Fernando e Sueli pela oportunidade de participar deste curso.

À professora Cynthia e à tutora Carla pela paciência e disponibilidade em suas orientações, principalmente pelo seu incentivo nos momentos de dificuldades.

À professora Raquel pelo incentivo dado nos momentos difíceis em que cheguei a desistir do trabalho.

À Jaqueline pelos esclarecimentos com a normatização do trabalho.

À família pelo incentivo, pelo apoio e pela compreensão nos momentos de ausência.

Aos colegas da Secretaria UAB, em especial ao Luciano pelos momentos em que necessitei de sua ajuda.

Aos amigos e colegas de trabalho pelas palavras carinhosas e incentivadoras.

E a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

*“Quando tudo está perdido, sempre existe um caminho
Quando tudo está perdido, sempre existe uma luz”.*

Renato Russo

RESUMO

O presente trabalho tem como tema o desenvolvimento local do município de Porto Alegre e o Orçamento Participativo (OP) como ferramenta de gestão na área da saúde, tendo como objetivo geral buscar identificar que melhorias o OP trouxe para a área da saúde. E, através de seus objetivos específicos procurou-se descrever a trajetória e o detalhamento do processo do Orçamento Participativo em Porto Alegre, contando com os esclarecimentos e opiniões de conselheiros e delegados do OP, assim como, buscou-se informações junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para apurar como acontece a relação entre CMS e o OP e se a temática saúde está entre as prioridades e demandas do Orçamento Participativo. Desta forma, a revisão da literatura propiciou o embasamento teórico acerca dos assuntos correlacionados ao tema de relevância para o estudo. Nos procedimentos metodológicos, realizou-se uma pesquisa documental e bibliográfica utilizando fontes secundárias de dados para posterior levantamento das informações. Após os dados apresentados, foi possível analisar criticamente se houve implantação de ações ou efetivação destas no OP, no período em que a saúde passou a ser considerada uma das prioridades das discussões. Após análise dos dados, foi possível chegar aos resultados da pesquisa, que propiciaram respostas aos questionamentos realizados nos objetivos do trabalho, possibilitando chegar-se à conclusão do mesmo. Como resultados da pesquisa documental e bibliográfica foi possível constatar que através do OP foram realizadas melhorias de infraestrutura para a cidade, e especialmente nos bairros onde se encontra a população de baixa renda, cujos benefícios foram visíveis no que diz respeito à pavimentação de ruas, coleta de lixo, saneamento básico, entre outras. Na área da saúde, foram muitas ações de ampliação e reformas de postos de saúde, criação de mais unidades de saúde, e ampliação de equipes de saúde do Programa Saúde da Família, para melhorar o atendimento aos usuários do SUS. A cidade conquistou muitos títulos e prêmios ao longo da história do OP. No que diz respeito ao OP, pode-se observar a importância da participação popular como parceira do governo no processo de co-gestão, possibilitando democratização da gestão e universalização e melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Palavras-chave: Participação popular, Orçamento Participativo (OP), desenvolvimento local, políticas públicas, políticas de saúde, SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	16 Regiões do OP.....	36
Figura 2	17 Regiões do P.....	37
Figura 3	Ciclo do OP.....	40
Figura 4	Programas da PMPA.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Regiões do OP em Porto Alegre.....	38
Tabela 2	Ciclos do OP em Porto Alegre.....	39
Tabela 3	Prioridades do OP de 1992 a 2004.....	44
Tabela 4	Prioridades do OP de 2005 a 2008.....	44
Tabela 5	Prioridades do OP 2009 e 2010.....	45
Tabela 6	Demandas e Obras Concluídas OP-CMS.....	46
Tabela 7	Demandas e Obras em Andamento OP-CMS.....	47
Tabela 8	12 Programas Estratégicos da PMPA.....	49

LISTA DE SIGLAS

AP – Administração Popular
BNDS – Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CARs – Centros Administrativos Regionais
CDSs – Conselhos Distritais de Saúde
CES/RS – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CIB/RS – Comissão Intergestores Bipartite Estadual
CMS – Conselho Municipal de Saúde
COP – Conselho do Orçamento Participativo
CRSs – Coordenadorias Regionais de Saúde
CS – Conselho de Saúde
FROPs – Fóruns Regionais do Orçamento Participativo
GOR – Sistema de Gerenciamento Orçamentário
GPO – Gabinete de Programação Orçamentária
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOAS – Lei Orçamentária de Assistência Social
ObsrvaPOA – Observatório da Cidade de Porto Alegre
ONGs – Organizações não-governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OP – Orçamento Participativo
PADS-RS - Pesquisa Avaliativa de Desigualdade em Saúde no Rio Grande do Sul
PGSL – Projeto Especial Governança Solidária Local
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
SMGSL – Secretaria Municipal de Governança Solidária Local
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Participação Popular e o Orçamento Participativo (OP).....	15
2.2	Desenvolvimento Local.....	22
2.3	Políticas Públicas no Brasil.....	23
2.4	Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	28
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
3.1	Método Escolhido e Justificativa.....	33
3.2	Instrumento de Coleta de Dados.....	34
4	CICLO DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO EM PORTO ALEGRE	36
4.1	Demandas e Prioridades do OP.....	46
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento nos remete à ideia de desenvolvimento econômico, ou seja, a geração de riqueza de uma nação ou de renda de uma localidade. Em se tratando de uma abordagem local, aqui nos interessa o desenvolvimento do município (local) como espaço de consciência participativa da sociedade. No entanto, o assunto desenvolvimento é complexo, pois envolve discussões acerca da economia, das questões políticas, sociais, culturais e ambientais. Nesse cenário, o presente estudo abordará o desenvolvimento local do município de Porto Alegre e o Orçamento Participativo como ferramenta de gestão na área da saúde.

O Orçamento Participativo representa um marco na história de participação popular na elaboração do orçamento da Prefeitura de Porto Alegre, sendo referência para outros estados e países. E tem sido o principal canal de diálogo entre o governo e a sociedade, segundo a Revista Porto Alegre (2003).

Para contextualização do tema proposto, se faz necessária uma análise acerca de sua trajetória como importante ferramenta de gestão pública, que possibilitou à sociedade civil desenvolver uma consciência política e cidadã no processo democrático brasileiro.

Nesse contexto, tendo em vista as dificuldades enfrentadas na área de saúde no que diz respeito ao repasse de recursos financeiros, melhores condições de trabalho aos profissionais e melhoria da prestação de serviços de saúde, o presente estudo tem como questão básica de pesquisa saber quais contribuições de melhoria o OP trouxe para a área da saúde de Porto Alegre, a partir de 1992, quando esta passa a fazer parte das sete áreas de hierarquização do OP.

Dessa forma, o objetivo geral busca identificar que contribuições o Orçamento Participativo trouxe para a melhoria da saúde no Município de Porto Alegre, no período de 2000 a 2011.

No que tange aos objetivos específicos, o estudo pretende traçar brevemente o histórico do Orçamento Participativo de Porto Alegre, verificar o período em que a área da saúde passou a ser prioridade do OP, identificar se houve efetivação ou implantação de ações na área de saúde do município e analisar criticamente as ações implantadas nessa área.

Do ponto de vista pessoal, o tema abordado instigou curiosidade em aprofundar estudos sobre o Orçamento Participativo de Porto Alegre, uma vez que este serve de referência de gestão pública, sendo considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) uma das 40 melhores práticas de gestão urbana no mundo, de acordo com consulta realizada no site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2011).

Souza (1997, p. 74) corrobora, acrescentando que o “Orçamento Participativo de Porto Alegre foi selecionado pelo Programa de Gestão Urbana da ONU (Seção para a América Latina) como uma das 22 melhores práticas de gestão pública, e uma das 42 melhores práticas de gestão urbana do mundo”. Assim, pode-se inferir que o OP tem servido de referência de gestão pública para estados e outras nações, avançando na construção democrática de nosso país.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à oportunidade de discutir e refletir acerca da importância do assunto sob o enfoque acadêmico, propiciando maior reflexão e contribuição à literatura no que tange à ampliação do acervo. E, pensar o desenvolvimento econômico local de forma a gerar riqueza para o município, preservando o meio ambiente sem agredi-lo representa um grande desafio à humanidade nesse novo milênio, principalmente aos gestores públicos e estudiosos.

A monografia apresenta três partes. Na primeira trata-se dos assuntos correlacionados ao tema da pesquisa: participação popular e OP na área da saúde, desenvolvimento local, políticas públicas no Brasil, políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando o desenvolvimento local como fator preponderante para o crescimento do município. Na seguinte, apresenta-se a pesquisa através dos procedimentos metodológicos.

Nos procedimentos metodológicos houve uma alteração no rumo da pesquisa, pois, pretendia-se realizar a pesquisa de campo em uma Unidade

Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, conforme havia sido planejado anteriormente.

No entanto, pelo decurso de tempo que exigia a conclusão do curso em final de fevereiro do corrente ano, e tendo em vista que para realização de pesquisa na área da saúde, necessita-se de aprovação prévia de projeto de pesquisa, no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com no mínimo dois meses de antecedência à realização da pesquisa de campo. Por estas razões optou-se por uma reorganização na metodologia do trabalho em questão, e o enfoque do trabalho, que inicialmente tinha como objeto de pesquisa a UBS Moradas da Hípica, teve de ser direcionado para o detalhamento do funcionamento do processo do Orçamento Participativo de Porto Alegre. E de acordo com o levantamento de dados coletados, buscou-se a descrição do ciclo do OP e suas prioridades e demandas, em especial na área da saúde, com a finalidade de responder aos objetivos propostos. Para adequação aos procedimentos metodológicos, foi necessário fazer novo direcionamento nos objetivos do trabalho aqui apresentados.

Dessa forma, prosseguiu-se o estudo com a realização de pesquisa documental e bibliográfica aqui apresentada, e assim, a pesquisa de campo foi retirada dos procedimentos metodológicos, pelos motivos explicados.

Na última parte do trabalho, aborda-se o Ciclo do OP e as demandas e prioridades na área da saúde, a partir de 2004, como levantamento dos dados coletados para a pesquisa. E finaliza-se o trabalho com a realização da síntese e análise dos dados, e logo em seguida procede-se aos resultados obtidos e as considerações finais.

Para a análise dos resultados foram utilizados aproximadamente dezessete artigos pesquisados em sites da SciELO, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Foram também utilizadas bibliografias indicadas pela orientadora, além das bibliografias retiradas na biblioteca da EA/UFRGS, que tratavam dos assuntos abordados ao longo do trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Participação Popular e o Orçamento Participativo (OP)

Com a Constituição Federal de 1988, ocorreu no Brasil o processo de redemocratização do país, culminando com a participação da sociedade civil na tomada de decisão dos governos locais, com a legitimação dos Conselhos Municipais e com a implantação do instrumento de gestão pública, o Orçamento Participativo, iniciado em 1989. Com esse fato, inaugura-se uma nova forma de gestão na Prefeitura de Porto Alegre, na qual a finalidade do orçamento é de ser um instrumento de planejamento governamental e de controle das atividades públicas no que tange à aplicação dos recursos, conforme Fedozzi (1997).

O Orçamento Participativo de Porto Alegre, criado em 1989 no governo da Frente Popular, representou um marco na história da democracia cidadã na capital gaúcha, pois o governo local abriu espaço aos cidadãos para participarem da elaboração do orçamento público, discutirem e decidirem a melhor forma de alocar os recursos e investimentos em obras de infraestrutura da cidade e melhoria dos serviços públicos.

De acordo com Fedozzi (1997, p. 106), o OP cumpre dupla finalidade, assim descrita:

O orçamento público é caracterizado pela dupla finalidade, por um lado, de ser um instrumento de planejamento governamental, que detalha os objetivos, as metas e as realizações da administração; de outro, o orçamento é o principal instrumento que pode possibilitar um determinado controle das atividades públicas, especialmente no que se refere às formas e a natureza da aplicação dos recursos.

Conforme descrito acima, o orçamento público pode ser considerado importante instrumento de gestão do governo e de controle social, por possibilitar à população participar de suas decisões para uma melhor aplicação dos recursos. Genro (1997) acrescenta que ao democratizar as decisões e informações sobre questões públicas, o OP pode gerar uma nova consciência cidadã, possibilitando às pessoas a compreensão das funções e limites do

Estado, criando dessa forma um espaço aberto propício à formação de um novo tipo de cidadão, ativo, participativo, crítico, diferenciando-se do cidadão tradicional.

Nessa nova perspectiva, Souza (1997, p. 45) descreve o OP:

O processo do Orçamento Participativo em Porto Alegre, iniciado em 1989 na gestão do prefeito Olívio Dutra, e aprofundado a partir de 1993 no governo do prefeito Tarso Genro, criou uma série de mecanismos de participação, planejamento e controle popular. Com a eleição do prefeito Raul Pont, em 1996, no primeiro turno das eleições municipais, para o terceiro mandato consecutivo do PT e da Frente Popular, consolidou-se a nossa maneira de governar, que tem o Orçamento Participativo como principal instrumento e novo paradigma para a esquerda e as forças democráticas nacionais e internacionais.

De acordo com a definição de Souza (1997), o OP criou uma série de mecanismos de participação, planejamento e controle popular, consolidando assim a maneira de governar da esquerda, que teve o OP como principal instrumento de gestão. Segundo a Revista Porto Alegre (2003, p. 2):

Este modo de governar que inclui a população nas decisões de governo, consolidou o conceito de democracia participativa no país e no exterior [...] constrói com a população organizada, alternativas capazes de nos tornar reconhecidos como cidade com boa qualidade de vida, que respeita o meio ambiente e busca o desenvolvimento econômico e tecnológico sustentado.

Dessa forma, Porto Alegre tornou-se reconhecida internacionalmente pelo Orçamento Participativo e pela forma de gestão democrática e transparente, desde 1989, quando a Administração Popular assumiu a Prefeitura.

Souza (1997, p. 45) afirma que: “A principal riqueza do Orçamento Participativo é a democratização da relação do Estado com a sociedade”. Para ele, essa experiência rompe com a visão tradicional da política, na qual o cidadão encerra sua participação no ato de votar, e este passa a ser um protagonista ativo na gestão pública. Contudo, o autor chama a atenção para outra contribuição do OP no tocante à criação de uma esfera pública não-estatal, na qual a sociedade pode controlar o Estado através do processo da co-gestão da cidade, onde a população escolhe suas prioridades temáticas de obras e serviços.

Tonollier (1999) apud Santos, (2004, p. 41) define a experiência como sendo “[...] o desdobramento da concepção de que o Estado tem que ser

democratizado, de que o povo pode e deve participar das ações e decisões e de que as políticas públicas devem ser decididas pelos seus destinatários”.

Para Santos, (2004, p. 41), “a essência e a importância que tem o OP para o exercício da cidadania e democracia, traduz-se numa forma de governo que visa à participação popular [...] o que dá subsídios para entendê-lo como uma prática de co-gestão entre governo e sociedade”.

A combinação de democracia representativa com a democracia participativa representou o resultado de uma experiência inédita, ocorrida em Porto Alegre com a realização do Fórum Social Mundial em 2001. A partir desse evento, através da democracia participativa considerada instrumento de voz do cidadão, que passa a ter a possibilidade de se tornar agente da vida pública, essa experiência pode ser considerada como um processo de co-gestão.

O processo de co-gestão, cujos integrantes são o Conselho do OP (COP) e o Governo, é resultado da democracia direta e da representativa, segundo Souza (1997).

Já no que diz respeito à democracia representativa, o processo de co-gestão representa o fruto da combinação da democracia direta efetuada no Orçamento Participativo e da representativa, onde a população elegeu o prefeito para uma gestão de quatro anos (Souza, 1997). Desse modo, a democracia direta não pretende excluir a democracia representativa, mas sim valorizá-la. Significa que a Câmara de Vereadores continua com as suas prerrogativas constitucionais, analisando e votando o projeto de lei orçamentária. Pode-se inferir a partir desse processo de co-gestão que tanto a democracia direta quanto a democracia representativa representam o fortalecimento da relação entre governo e sociedade. Por um lado, a participação popular elege suas prioridades para alocação de recursos via OP; e por outro lado, o governo atende às demandas da sociedade, garantindo a distribuição de recursos de investimentos através de seus programas orçamentários e políticas públicas mais eficazes.

Em se tratando de legislação, Souza (1997) diz que o marco legal do Orçamento Participativo encontra-se nas legislações federal e estadual, e na Lei Orgânica Municipal de iniciativa do Executivo. Assim, o OP está previsto no 1º parágrafo do artigo 116 da Lei Orgânica do município. O autor ressalta o fato de que a Administração Popular, ao elaborar o orçamento público em parceria

com a comunidade, estabelece um contrato social entre a sociedade e o governo. Nesse sentido, o OP, segundo o autor, “não é uma obra acabada, perfeita e indiscutível”, pois se fosse seria ‘expressão de autoritarismo e negação do processo dialético, de constante aprimoramento e superação do novo sobre o velho, característica dos processos sociais’. De acordo com esse entendimento, o governo e a sociedade realizam anualmente um contínuo ajuste crítico (Souza, 1997).

Santos, (2004) corrobora no tocante à legislação que ampara o Orçamento Participativo, salientando a importância da Carta Magna de 1988 que normatizou todo o processo orçamentário no Brasil, já a Lei Federal 4.320, de 1964, estatuiu as normas gerais de direito financeiro sobre finanças, elaboração e controle dos orçamentos públicos; enquanto a Lei Complementar 101, de 2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal consagrou os alicerces que amparam a democracia participativa no Brasil, ao regulamentar os gastos públicos, portanto, através deste arcabouço legislativo a população tem maior visibilidade dos gastos do governo.

Fedozzi (1997) complementa concluindo que o orçamento é um instrumento de importância política fundamental para a gestão sócio-estatal, porque sintetiza os direitos e deveres da cidadania nascentes da reciprocidade e da relação entre governados e governantes e das relações institucionais representativos do Estado, ou seja, expressa como se dá a produção do fundo público através da política tributária e de receitas, e de que forma esse produto social é apropriado ou distribuído pela política de despesas públicas.

Neto e Araujo (1998, p. 45), ao se referirem às experiências de gestão local no tocante às prioridades de ação governamental, acrescentam:

No caso de Porto Alegre, as prioridades da ação do governo local no campo do desenvolvimento econômico são precedidas por duas outras que merecem maior destaque, em documentos e pronunciamentos das autoridades locais: o aprofundamento da democratização da gestão da cidade (processo que vinha da administração anterior e que tem na experiência do Orçamento Participativo sua maior expressão) e a universalização e melhoria da qualidade dos serviços públicos, sobretudo os de saúde, educação, habitação e saneamento (com atenção especial voltada para as crianças e adolescentes).

De acordo com a visão dos autores acima citados, pode-se considerar o Orçamento Participativo como indutor do processo de democratização da gestão municipal; e a universalização e melhoria da qualidade dos serviços

públicos como saúde, educação, habitação e saneamento, ações importantes para o desenvolvimento da cidade.

No que diz respeito às obras de melhoria da cidade que foram realizadas durante a criação do OP e que transformaram a cidade, podem-se destacar: a Terceira Perimetral, pavimentação de ruas e avenidas, iluminação, coleta de lixo, habitação, recuperação do Mercado Público e ampliação e qualificação dos serviços de saúde, recebendo investimentos, conforme Títulos (2004).

Ainda segundo Neto e Araújo (1998, p. 56), “Reconstruir o sentido de cidade e cidadania, ampliar o sentido de pertencimento a um local pode ser um estimulante projeto coletivo que ajudará a construir novas formas de convivência social”.

Com base nesse pensamento, Soares e Gondim (1998) colocam que algumas prefeituras consagraram um novo estilo de negociação, por intermédio da discussão do orçamento municipal, que passou a ser a marca das administrações inovadoras no poder local. Com base metodológica de participação negociada, esse modelo desenvolvido pelo governo de Olívio Dutra foi ampliado nos mandatos municipais posteriores, passando a ser adotado por outros municípios de diferentes tendências. Dessa maneira, no terceiro ciclo dessas gestões inovadoras foi reforçada a ideia do OP e introduzidos os conceitos de parceria e de desenvolvimento econômico local como condições para uma administração bem-sucedida (Soares e Gondim, 1998).

Conforme depoimentos, conselheiros do OP que vivenciaram o processo durante 20 anos de existência contam suas histórias, assim descritas (2009, p. 13):

Roberto Jakubaszko: começou no processo há 14 anos, somente como ouvinte, é conselheiro da Temática Educação, Esporte e Laser. Aprendeu o funcionamento e desde então é militante da participação cidadã. Para ele, “uma das contribuições do OP é ser um grande produtor de conhecimento para os cidadãos”.

Nelci Seixas Alves, iniciou sua jornada no OP em 1991, embora seja ativista em associações populares desde 1980. Foi conselheira da região centro por dois mandatos e foi delegada pela Princesa Isabel. Afirma “Não sou partidária e sim comunitária”. Tem 80 anos e muita disposição para longas caminhadas, que acredita serem necessárias à sua função, e tem como máxima: “parceria sim, manipulação não”.

Maria Deloi Silveira Cardoso: está no OP desde 1989, começou como delegada do Conselho da Grande Glória e, atualmente, é conselheira da Região Nordeste, é muito ativa e dedicada às atividades do processo. Segundo sua opinião, “O OP avançou muito nestes 20 anos, mas tem que evoluir mais. O OP tem que trabalhar pela cidade

como um todo, o processo deve ser transparente e de baixo para cima. O povo sabe quais são as suas necessidades”.

André Luiz Seixas: conselheiro da Região Restinga está no OP desde 2000 e atualmente é um dos seis membros da coordenação do COP. Reconhece a dificuldade de conciliar o trabalho com a participação no OP, porém considera essencial para o processo de votação o corpo-a-corpo dos cidadãos. Para ele, “As pessoas se mobilizam mais saindo de casa. Acredito que o voto pela internet pode esvaziar o modelo”.

Maria Fidel: conselheira da Região Partenon e membro da coordenação do COP, participa ativamente de movimentos comunitários há 15 anos. Sua história iniciou com a criação da Associação de Mulheres Bem-me-quer para abrigar crianças e adolescentes. Sua trajetória incluí o 1º Fórum de Mulheres de Porto Alegre, onde foi eleita presidente e ingressou no OP em 1998. Tem como foco infância e adolescência e gênero e etnia. Defende que, “As mulheres da periferia têm que ser sujeitos ativos no processo de escolhas. Têm que lutar pelo o que querem, não pelo o que os outros acham que elas querem”.

Com base nos depoimentos dos conselheiros citados acima, pode-se inferir que o OP produz conhecimentos. Os participantes devem ser sujeitos ativos no processo de escolhas, precisam se mobilizar saindo de casa para participar do OP, e o processo deve ser transparente e de baixo para cima, pois a população conhece suas prioridades.

Pode-se dizer que o OP contribuiu de forma efetiva para melhorar as condições de vida da população porto-alegrense, em especial a de baixa renda, cujos benefícios foram visíveis na melhoria de infraestrutura, obras e serviços. De maneira geral, toda a cidade ganhou com os investimentos feitos ao longo do processo de OP, que possibilitou o atendimento às demandas, conforme Souza (1997, p. 53):

A elaboração do orçamento público e do plano de investimentos não é feita pelo governo e seus técnicos isolados em gabinetes, mas sim, a partir da discussão e do diagnóstico técnico/político, elaborado por três vertentes fundamentais: população na base geográfica da cidade, população nas cinco plenárias temáticas e governo. [...], a população levanta suas necessidades, escolhendo quatro prioridades temáticas entre oito – saneamento básico, política habitacional, pavimentação comunitária, educação, assistência social, saúde, transporte e circulação, organização da cidade, e hierarquiza as obras e serviços em cada tema.

No que tange à democracia participativa, a população foi incluída no processo de discussão e inclusão social, na medida em que o governo abriu espaços públicos para que a população participe do processo do OP, fortalecendo a relação governo e sociedade, bem sintetizada por Souza (1997)

ao colocar que o “Orçamento Participativo criou uma esfera pública não-estatal, em que a sociedade institui tanto o processo de co-gestão (COP e governo) da cidade, quanto os mecanismos de controle social sobre o Estado”.

Ao longo de mais de duas décadas de existência, o OP propiciou aos participantes conhecimentos, consciência cidadã, troca de experiências, debate político, democratização e transparência das informações, mobilização da população e controle social das contas públicas. É um processo dinâmico, e como tal necessita de constante renovação e aprimoramento para continuar obtendo sucesso em seu percurso. Para isso, é importante que a participação dos sujeitos seja efetiva e atuante, segundo os depoimentos dos conselheiros do OP (2009).

No que tange à temática saúde, pode-se verificar que a relação entre o Conselho Municipal de Saúde e o OP não se dá de forma direta, pois as demandas são discutidas e levadas pela população ao Conselho Municipal de Saúde, onde os profissionais atuantes no movimento sanitário do país militam na luta por uma saúde melhor e que atenda e preste um serviço de saúde de qualidade à população. É o CMS que delibera os assuntos relacionados à saúde e às políticas públicas de saúde, inclusive nos aspectos financeiros, ancorado em legislação específica da área como a Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei 8142, ambas de 1990, que dispõem sobre o repasse de recursos financeiros e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS já explicadas anteriormente.

Embora as demandas e prioridades da área da saúde sejam discutidas no CMS, a participação da população nos conselhos se faz necessária para ampliar a democratização e universalização dos serviços públicos assim como a melhoria destes, uma vez que os conselhos representam um canal de diálogo entre o governo e a população.

O próximo assunto desenvolvimento local está diretamente voltado ao crescimento econômico, uma vez que a geração de riqueza para a população e a importância de se preservar os recursos naturais representa um grande desafio a ser pensado nesse novo milênio.

2.2 Desenvolvimento Local

O desenvolvimento local não deve ser associado exclusivamente ao aspecto econômico, embora seja um fator determinante para o desenvolvimento em nível local e global. Porém, os fatores sociais e ambientais devem estar associados ao econômico, conforme Petitinga (s/d, p. 1) coloca:

Atualmente é quase unânime entender que o desenvolvimento local não está relacionado unicamente com o crescimento econômico, mas também com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e com a conservação do meio ambiente.

Nesse contexto, os fatores econômicos, qualidade de vida e meio ambiente estão inter-relacionados e interdependentes, na medida em que o primeiro implica no aumento da renda e da riqueza. Consequentemente, proporciona condições dignas de trabalho, que por sua vez gera riqueza e tende a contribuir para as oportunidades sociais, que não podem ser dissociadas da problemática ambiental.

Buarque (1999, p. 9) define desenvolvimento local:

O desenvolvimento local é um processo endógeno registrado em pequenas unidades territoriais e agrupamentos humanos capaz de promover o dinamismo econômico e a melhoria da qualidade de vida da população. [...] para ser um processo consistente e sustentável, o desenvolvimento deve elevar as oportunidades sociais e a viabilidade e competitividade da economia local, aumentando a renda e as formas de riqueza, ao mesmo tempo em que assegura a conservação dos recursos naturais.

Corroborando Buarque (1999), Goulart (2006) acrescenta que parcerias, consórcios, arranjos produtivos locais, redes e outras variações interorganizacionais vêm sendo formuladas, estudadas e avaliadas para promover o desenvolvimento local em diferentes escalas, onde articulam diferentes atores e abrem espaço à participação da sociedade em decisões de investimentos governamentais ou na elaboração de políticas públicas.

Complementando o exposto, Petitinga (s/d) coloca que para o desenvolvimento local, além da articulação entre diversos atores e esferas de poder, seja a sociedade civil, as organizações não-governamentais (ONGs), as

instituições privadas e políticas e o governo, cada um dos atores tem um papel a contribuir no desenvolvimento.

Desse modo, as políticas públicas representam um passo decisivo para o crescimento e melhoria da qualidade de vida da população, ampliando o acesso aos bens e serviços ofertados pelo Estado.

Desenvolveremos a seguir as políticas públicas no Brasil, para melhor compreensão do estudo acerca da relevância que estas representam no cotidiano do município e das pessoas que ali vivem, e buscam condições melhores de vida, tendo uma saúde de qualidade, onde não falte leito nos hospitais e que as pessoas possam ter acesso a exames e consultas com especialistas sem ter que esperar meses ou anos por uma consulta médica e que não necessitem pernoitar nas filas dos postos de saúde e dos hospitais à espera de atendimento médico; uma educação que possibilite acesso às oportunidades do mercado de trabalho e qualificação de mão de obra; um desenvolvimento econômico que gere riqueza à cidade com a preocupação de preservar os recursos naturais. E é através das políticas públicas eficazes e eficientes que se podem implementar ações governamentais capazes de atender às necessidades da população.

2.3 Políticas Públicas no Brasil

As políticas públicas propiciam melhoria na qualidade de vida da sociedade, através das ações do governo, que tem a incumbência de formular e implantar as políticas públicas, com o intuito de atender às necessidades da coletividade. Neste capítulo, abordar-se-ão as políticas públicas no Brasil iniciando com a conceitualização do termo “policy”, para melhor contextualização acerca do assunto.

Segundo Rua (2009, 19), o termo “policy refere-se à formulação de propostas, tomada de decisões e sua implementação por organizações públicas com foco em temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos”. De acordo com a definição de Rua (2009), as políticas públicas resultam da atividade política e compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação de valores e de bens públicos, ou seja, as políticas

públicas são resultantes das atividades do governo, que consistem na resolução de conflitos para melhor convivência em sociedade.

Já para Souza (FIOCRUZ, 2007, p. 68), “Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública, por entender que muitas definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas”. No entanto, a autora coloca que as definições de políticas públicas guiam nosso olhar para o lócus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, ou seja, nos governos. Nesse entendimento, ambas as autoras concordam que as políticas públicas são atividades do governo que focam a resolução de conflitos.

Santos, (2010, p. 5), por sua vez, coloca que: “Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos”. Assim, pode-se inferir que as políticas visam à transparência das ações do governo, minimizando os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos.

No Brasil, as políticas públicas foram incipientes até a formulação de nossa Constituição em 1988. No entanto, a participação popular nas políticas públicas de saúde, via Conselhos de Saúde, representou uma grande conquista, de acordo com Saliba et al. (2009). Desse modo, o Conselho Municipal de Saúde é o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas de saúde e também do controle social.

O governo, em 1990, editou as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, onde a primeira regulamentou o SUS, e a segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Foram lançadas as bases legislativas para a promoção da saúde, garantindo assim o acesso do cidadão aos serviços de saúde de forma universal, igualitária, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com Santos (2006).

Nesse contexto, as políticas públicas abrangem os mais variados temas e áreas de atuação, como saúde, educação, cultura e tecnologia, entre outras, abrangendo as esferas de governo federal, estadual e municipal. Neste estudo, o enfoque dado será para a área da saúde, em especial à implementação da política de saúde no Município de Porto Alegre.

Para o melhor entendimento acerca das políticas públicas de saúde em Porto Alegre, se faz necessária uma breve incursão na história dos Conselhos Municipais de Saúde, instâncias ligadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A SMS tem forte participação nas instâncias colegiadas da área da saúde em Porto Alegre, e tem mantido constante participação no CMS desde 2010, atuando em diversas comissões instituídas no CMS. Todos os gerentes distritais participam dos conselhos distritais, assim como de outros fóruns participativos da cidade – FROPS (Fóruns Regionais do Orçamento Participativo), Fórum de Segurança e Plenárias de Orçamento Participativo, além dos Conselhos Gestores dos serviços e Conselhos Locais de Saúde ativos. Dessa forma, percebe-se a importância da participação da SMS nas instâncias colegiadas, assim como se faz necessária a presença da população nesses espaços decisórios acerca da saúde no município (SMS/PMPA).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão deliberativo e fiscalizador das ações de saúde no município, criado em 1992 pela Lei 277/1992. Os Conselhos de Saúde (CS): municipal, estadual e nacional, são órgãos vinculados às Secretarias de Saúde e ao Ministério da Saúde e atuam na formulação de políticas de saúde e no controle de sua execução, incluindo aspectos financeiros (SANTOS, 2006).

Ligados ao CMS, temos os Conselhos Distritais de Saúde (CDS), que são instâncias descentralizadas do CMS, cuja função é planejamento, avaliação, fiscalização e deliberação das ações de saúde, em conformidade com as normas do SUS, na sua área de abrangência (SMS/PMPA).

O Conselho de Saúde (CS) é o espaço de participação social no processo decisório de políticas públicas de saúde, onde representam a sociedade civil organizada de forma paritária. Podem ser instrumentos significativos para fazer valer os direitos, rompendo com as formas tradicionais de gestão e ampliando os espaços de decisões do poder público, conforme Saliba et al. (2009).

Segundo a mesma autora, devido à implementação de políticas descentralizadoras, o município participa crescentemente de decisões sobre políticas públicas, criando condições para que os conselhos municipais se

envolvam no processo decisório, tornando-se espaços públicos e institucionalizados de participação política.

No que diz respeito à criação de canais de participação em países em desenvolvimento, Côrtes (2010) assim expressa a visão de vários autores sobre o assunto:

Até o início dos anos 1990, eram recorrentes, na literatura internacional, afirmações sobre a quase impossibilidade de criar canais participativos nos países em desenvolvimento em geral e na América Latina em particular, devido às características de suas instituições políticas e de seus atores. Supunha-se que as instituições estariam dominadas por pactos e acordos informais elitistas e pela fraqueza da sociedade civil (Grindle & Thomas, 1991; Midgley, 1986; Ugalde, 1985 Apud Côrtes, 2010).

De acordo com a literatura internacional citada acima, não seria possível a criação de canais participativos nos países em desenvolvimento, em especial na América Latina, em virtude de características de suas instituições políticas e de seus atores, pois na visão desses autores as instituições seriam dominadas pelos pactos e acordos elitistas e fraqueza da sociedade. No entanto, Côrtes (2010, p. 125) cita vários autores como: Bulhões, 2002; Carvalho, 1998; Côrtes, 1995, 1998; Dagnino, 2002 entre outros, que “chamam a atenção para a criação de mecanismos participativos em diversas áreas e níveis da administração pública no Brasil, contrariando tais afirmações da literatura internacional”. Assim, destacam-se os conselhos de políticas públicas nas áreas de saúde, trabalho e emprego, assistência social, educação etc. Completando a importância dos conselhos municipais, a autora faz referência às experiências de orçamento participativo promovidas por administrações municipais, particularmente em cidades governadas por partidos de esquerda, cujas experiências têm tido sucesso. Mas essas experiências serão detalhadas em outro capítulo.

Santos (2010) aborda “A organização da saúde no Rio Grande do Sul”, com base no Plano Diretor de Regionalização do Estado. A autora apresenta a Coordenação político-administrativa - Coordenadorias Regionais de Saúde.

A partir de 1999, as Delegacias Regionais de Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado, passaram a denominarem-se Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, mantendo uma relação de

cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e prestadores de serviço, cujo objetivo político foi de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, de acordo com os princípios do SUS (SANTOS, 2010).

Conforme a autora, o Estado está político-administrativamente dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRSs), que contém pessoal técnico e administrativo responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, conforme mencionado acima. Ainda de acordo com a mesma autora, as principais atribuições das Coordenadorias Regionais de Saúde são (SANTOS, 2010, p. 8):

- * Coordenação do Sistema de Saúde no âmbito regional, via ações desenvolvidas pelas CRSs;
- * Participação e assessoramento às instâncias colegiadas gestoras do Sistema de Saúde a nível regional;
- * Promoção do desenvolvimento de recursos humanos, em função das necessidades loco – regionais, conjuntamente com os Departamentos, Assessorias e Escola de Saúde Pública da SES;
- * Participação na formulação de programas, projetos e atividades de saúde no âmbito regional e na programação orçamentária anual da Secretaria da Saúde.

Foram aprovadas e criadas pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB/RS) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), as macrorregiões de atenção integral à saúde para garantir aos gaúchos, usuários do SUS, uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. Assim, o Estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde, a saber: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales.

Dessa maneira, as macrorregiões de saúde podem ser consideradas um dos diferenciais em saúde nos atendimentos prestados aos usuários do SUS, pois cada macrorregião possui uma ou mais universidades, formando mão de obra qualificada para atuar no campo da saúde, no que diz respeito à formação e organização da saúde pública no Rio Grande do Sul.

Para melhor compreensão a respeito da organização da saúde, abordar-se-ão a política de saúde e o SUS, em especial no Município de Porto Alegre, a seguir.

2.4 Políticas de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Neste item abordar-se-ão as políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS), contextualizando sua importância para a qualidade de vida da população do município e melhoria dos serviços de saúde.

Segundo Santos, (2006, p. 24), a CF/88 em seu Art. 6º e “Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com base no texto constitucional, é garantido a todos os brasileiros o direito à saúde e ao Estado cabe o dever de garantir esse direito através de políticas que promovam o acesso universal e igualitário à saúde.

Ainda conforme Santos, (2006, p. 24), a Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Então, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado a partir da Constituição Federal de 1988, regulamentado pela citada lei acima, atendendo todas as esferas de governo, cujo objetivo foi o de propiciar à sociedade o acesso universal, igualitário e equânime à saúde, procurando se adequar a cada realidade, com participação e controle social, segundo Santos, (2006).

Nesse aspecto, Polignano (s/d, p. 23) define o SUS:

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

O Sistema Único de Saúde tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e destes derivaram os princípios organizacionais: hierarquização, participação popular e descentralização político-administrativa; onde o primeiro diz respeito às ações e serviços preventivos e curativos; o segundo é relacionado à democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde; e o último princípio refere-se à municipalização das

ações de saúde, onde o município torna-se gestor administrativo e financeiro do SUS (Polignano, s/d).

Assim, Arretche (FIOCRUZ, 2007, p. 178) acrescenta que: “A CF/1988 estabeleceu que, o SUS deveria ser um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo ao município prestar atendimento à população, enquanto à União e aos estados, a cooperação técnica e financeira necessária”. Dessa maneira, a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram a distribuição de funções entre os níveis de governo no SUS. No modelo brasileiro, o governo ficou com a função de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação de ações intergovernamentais.

Diante do exposto acima, as políticas dos governos locais estão fortemente dependentes das transferências de recursos do governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, embora as transferências inter-regionais no âmbito do sistema de saúde sejam significativas no Brasil. (FIOCRUZ, 2007).

Esse fato, segundo Arretche (2007, p. 179) se deve, “por um lado, ao sistema ser financiado basicamente com recursos orçamentários, cuja base de arrecadação é diretamente proporcional ao nível de riqueza das regiões; por outro, a partir de 1998 as transferências federais automáticas que financiam a atenção básica municipal são calculadas per capita”. Esse sistema de transferências, que remunerava estados e municípios conforme a produção de serviços médico-assistenciais gerava incentivos à maximização dos procedimentos médico-assistenciais e ampliava as desigualdades existentes, por premiar as esferas mais bem equipadas.

Em se tratando de desigualdades sociais em saúde, Drachler et al. (2003, p. 461), coloca que: “A magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos [...] se fundamentam no conhecimento da situação de saúde e do impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes”. Dessa forma, a promoção da saúde com equidade tem se colocado como um grande desafio para os gestores públicos. E para identificar prioridades de atuação governamental para maior equidade em saúde, o governo tem utilizado uma estratégia que são as pesquisas avaliativas de prioridades na gestão pública (Drachler et al., 2003).

De acordo com a autora acima citada (2003, p. 462), essas pesquisas têm por objetivo: investigar evidências da abrangência e magnitude das desigualdades sociais nos níveis de saúde da população; analisar a determinação social das desigualdades; e examinar os fundamentos científicos, a eficácia, a efetividade e a pertinência de intervenção, com vistas a subsidiar estratégias governamentais de potencial efetivo, para alcance universal e aumento da equidade em saúde. A mesma autora cita três grandes pesquisas avaliativas realizadas no Reino Unido, nas últimas décadas: *o Relatório Black sobre desigualdades sociais em saúde*, de Townsend e Davidson, em 1982; *A saúde dividida*, de Townsend, Davidson e Whitehead, em 1992; e por último *Avaliação independente sobre desigualdades em saúde*, de Acheson, em 1998. Essas pesquisas contribuíram para estabelecer estratégias de governo para a promoção da equidade em saúde a médio e longo prazo, identificando áreas carentes de informação em saúde e definindo linhas de pesquisas para financiamento de recursos públicos, segundo (Drachler et al.).

No Brasil, a proposta metodológica para definição de indicadores de desigualdades em saúde resultou da primeira etapa da Pesquisa Avaliativa de Desigualdade em Saúde no Rio Grande do Sul (PADS-RS), que teve sua origem no interesse pela temática de pesquisadores de universidades gaúchas e da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado, e de um dos pesquisadores da Grã-Bretanha (Acheson, 1998), de acordo com Drachler et al. (2003).

Podemos inferir que no Brasil, em especial no Rio Grande do Sul, as pesquisas avaliativas têm contribuído com estratégias governamentais para a promoção da saúde, propiciando uma melhoria na prestação de serviços à população. As pesquisas avaliativas são importantes estratégias para o governo na promoção da saúde e da melhoria na prestação de serviços de saúde.

De acordo com pesquisa realizada em 2001 pelo Ministério da Saúde, Porto Alegre tem o melhor SUS do país. Em 1989, os gastos com saúde representavam 10,9% do Orçamento; já em 2002, chegaram a 18%, esse fato nos leva a crer que houve um aumento nos gastos com saúde no período de 1989 a 2002, e com base nesta informação pode-se inferir que melhorou o atendimento do SUS (MELHOR, 2004). No entanto, a saúde ainda requer mais

investimentos e políticas de saúde que possibilitem melhor atendimento à população, para que se mude a realidade que temos hoje.

Em 1992, a saúde foi incluída como uma das sete áreas para hierarquização do OP e no mesmo ano criou-se o Conselho Municipal de Saúde (CMS). E, em 1994, passou a ser uma das temáticas do OP, iniciando o processo de municipalização do OP. Em 1998, a Prefeitura tinha 11 unidades de saúde, e a partir de então incorporou ao SUS 46 unidades, onde equipou, reformou ou ampliou 40 destas. Após, passou para 46 unidades de saúde e 6 ambulatórios básicos constituindo a rede de atenção básica, 11 centros especializados e 5 serviços de pronto-atendimento, e 74 estabelecimentos de saúde pública. Porto Alegre conta com 63 equipes do Programa de Saúde da Família, chamados de PSF. O Hospital de Pronto Socorro (HPS) foi modernizado e é referência pela excelência do atendimento, e o Hospital Presidente Vargas foi reequipado. E a partir de 1995, Porto Alegre conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com 11 unidades (MELHOR, 2004).

De acordo com a pesquisa do Ministério da Saúde em 2001, Porto Alegre tem o melhor SUS do país, e os dados mostram que entre 1989 e 2002 houve um aumento nos gastos com saúde. Porém há muito que se avançar na luta pela melhoria da saúde e dos serviços prestados à população.

Os dados também mostram o aumento das unidades de saúde, hospitais equipados, ampliação de unidades e contratação de equipes de saúde, entre outras melhorias para a rede básica de atenção à saúde. Também se percebe a importância da criação do Conselho Municipal de Saúde para ampliar a participação social nas demandas para a área.

A participação popular via Orçamento Participativo tem sido de grande relevância para a ampliação e melhoria dos serviços de saúde no município, pois ao longo de sua criação em 1989, foram realizadas melhorias para a saúde do município, embora os governantes precisem avançar mais em investimentos na área da saúde, para que possamos realmente termos serviços de qualidade na saúde.

No entanto, sabe-se que ainda é necessário mais investimentos na área da saúde, para que se tenha de verdade um SUS que ofereça serviços de qualidade aos usuários, e que possa ser considerado o melhor atendimento do

sul do país, conforme os dados da pesquisa mencionada acima (MELHOR, 2004).

No capítulo seguinte serão apresentados os procedimentos metodológicos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Método Escolhido e Justificativa

A proposta inicial do trabalho previa a realização de pesquisa de campo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, porém, tendo em vista a dificuldade de realização desta pelo curto prazo para a finalização do trabalho e pela aprovação de projeto de pesquisa no Comitê de Ética da SMS, a metodologia teve de ser reorganizada, assim como seus objetivos foram realinhados.

Em contato com a Gerência Distrital Sul/Centro-Sul em janeiro do corrente ano fomos informados de que para a realização da pesquisa de campo na UBS seria necessário encaminhar previamente o projeto de pesquisa para avaliação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com antecedência mínima de dois meses, após seria encaminhado à Distrital Sul/Centro-Sul para liberação pela gerência. Em decorrência do decurso de prazo para a conclusão do trabalho, que seria finalizado até o final de fevereiro, optou-se por uma mudança na metodologia do trabalho em questão. Sendo assim, o enfoque foi direcionado para o detalhamento do processo do Orçamento Participativo de Porto Alegre, com a finalidade de responder aos objetivos propostos, que também tiveram que ser ajustados. A princípio, o estudo pretendia em seus objetivos específicos, trazer o enfoque da pesquisa para a área da saúde, buscando conhecer a percepção dos servidores públicos e dos usuários dos serviços de saúde acerca da importância do OP para a melhoria da saúde na UBS Moradas da Hípica de Porto Alegre.

Dessa forma, prosseguiu-se o estudo com a realização de pesquisa documental e bibliográfica, que será conceituada de acordo com os autores Vergara (2007) e Gil (2008).

Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica, utilizando fontes secundárias de documentos, arquivos, vídeos, pesquisa em *sites* da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, da Secretaria Municipal de Saúde, revistas e publicações da área da saúde, além de artigos do *site* SciELO, Ministério da Saúde entre outros de caráter científico. A pesquisa documental é realizada em documentos conservados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas, e representam os mais variados tipos como: registros, anais, ofícios, filmes, diários, cartas entre outros, segundo Vergara (2007).

A pesquisa bibliográfica, segundo Vergara (2007, p. 48), é “o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado, como: livros, revistas, jornais, redes eletrônicas entre outros, de fácil acesso ao público em geral”.

Para Gil (2008), a pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica. No entanto, a única diferença entre ambas está na natureza das fontes. A pesquisa bibliográfica utiliza fundamentalmente contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, enquanto que a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados segundo os objetivos da pesquisa, seguindo os mesmos passos da pesquisa bibliográfica.

3.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados para a pesquisa foram as fontes secundárias. Foram realizadas pesquisas em *sites*, revistas, livros e dados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS), obtidos através de contato por e-mail com uma assessora técnica, possibilitando assim o entendimento sobre as discussões, demandas e prioridades da área da saúde, no período de 1992 a 2011. E, através de conversa informal com um conselheiro do OP, foi possível conhecer um pouco mais sobre o processo do Orçamento Participativo de Porto Alegre. Além de, trazer para a discussão, a visão e os depoimentos dos conselheiros e delegados do OP desde sua implantação em Porto Alegre em 1989, fonte obtida na publicação especial em

comemoração aos 20 anos do OP em 2009. Este documento foi de grande valia para a análise crítica dos dados.

Em contato com o CMS, foi realizado questionamento acerca das contribuições do OP para a área da saúde, se a saúde foi prioridade no OP, em que período, que ações foram implantadas na saúde e também se as ações na área da saúde foram efetivadas.

Em resposta, uma assessora técnica do CMS informou sobre como se dá a relação do CMS com o OP, as demandas e prioridades da área, possibilitando assim, um entendimento acerca do processo de encaminhamento das demandas ao Conselho Municipal de Saúde.

Através deste contato, foi possível obter os dados sobre as demandas e prioridades da área da saúde no período de 2004 a 2009. Assim como, através de planilha de dados organizada pela equipe técnica do CMS em 2007, foi possível analisar as demandas geradas e realizadas na área da saúde, e esta planilha hoje serve de diretriz para os investimentos em saúde no município, segundo assessora técnica do CMS.

De acordo com a literatura vista anteriormente, procurou-se dar sustentação ao embasamento teórico da pesquisa através de temas de relevância para a contextualização do estudo, iniciando pela participação popular e o breve histórico do Orçamento Participativo, logo em seguida abordou-se o desenvolvimento local e sua conceitualização onde buscou-se trazer o enfoque para o crescimento econômico do município gerando riquezas e preservando o meio ambiente, abordou-se a importância das políticas públicas no Brasil e por último as políticas de saúde e o SUS, cuja importância das políticas públicas se faz necessário para que a sociedade possa ter acesso a bens e serviços de qualidade, e que possam impulsionar o desenvolvimento local no município de Porto Alegre.

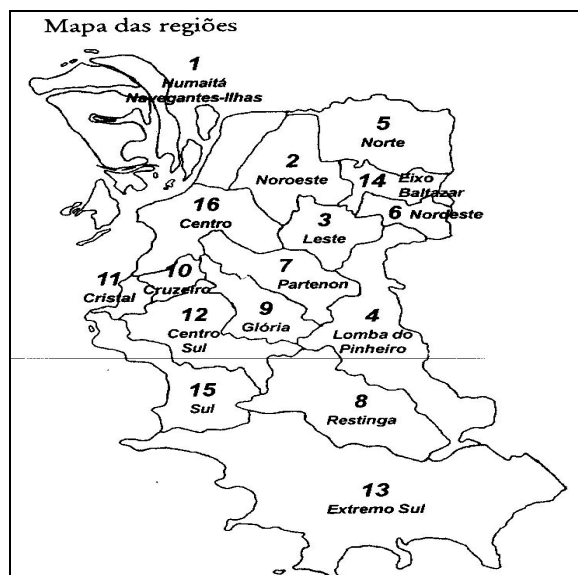
4 CICLO DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO EM PORTO ALEGRE

A seguir, procede-se ao levantamento dos dados da pesquisa, iniciando pela descrição do ciclo do OP e as peculiaridades que fazem parte do processo, e a verificação das contribuições que este trouxe para a área da saúde em Porto Alegre.

Primeiramente, para entender o ciclo do OP em Porto Alegre é necessário abordar a divisão da cidade em regiões administrativas. Esse processo de divisão das dezesseis regiões político-administrativas foi construído através de debates com as lideranças comunitárias constituídas pelo Conselho do Orçamento Participativo e os Conselhos Populares, Uniões de Vilas e Fóruns de Entidades de Porto Alegre, e seis temáticas (PORTO ALEGRE, 2004).

Abaixo, a figura mostra o Mapa das 16 regiões do OP em Porto Alegre, antes da divisão da região 1.

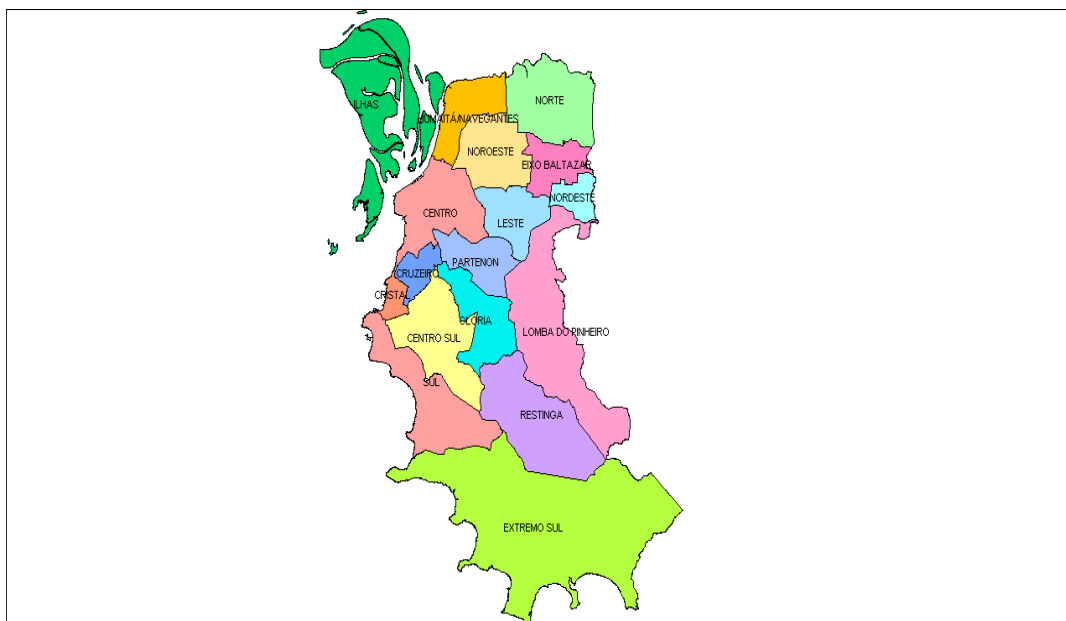
Figura 1 - Mapa das 16 Regiões do Orçamento Participativo



Fonte: TARSO e SOUZA, 1997, p. 79

A figura abaixo mostra a divisão das regiões do OP como é conhecida atualmente.

Figura 2 - Mapa das 17 Regiões do Orçamento Participativo



Fonte: Observatório de Porto Alegre (ObservaPOA)

De acordo com o mapa das regiões administrativas do OP, é possível visualizar com mais clareza a divisão geográfica da cidade hoje.

Pesquisas feitas no *site* da Prefeitura de Porto Alegre mostraram que até o Ciclo do OP de 2006/2007 a cidade era dividida em 16 regiões, e a partir do ciclo do OP de 2007/2008 a região 1 foi dividida e criou-se a região 17, chamada de Região das Ilhas.

A Região das Ilhas é formada pelas ilhas: Ilha das Flores, da Pintada, do Pavão e Ilha Grande dos Marinheiros. Foi criada a partir da divisão da região 1, e essa divisão representou uma reivindicação antiga das comunidades das ilhas, sendo aprovada pelo Conselho do OP (COP). Assim, a partir do ciclo do OP 2008 a região 1 passou a ser denominada de Região Humaitá/Navegantes.

Abaixo segue a tabela com a descrição das 17 regiões e seus respectivos bairros.

Tabela 1 – Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre

Região Participante do OP	Bairros
Região 01 - Humaitá/Navegantes	Anchieta, Farrapos, Humaitá, Navegantes e São Geraldo
Região 02 - Noroeste	Boa Vista, Cristo Redentor, Higienópolis, Jardim Itú, Jardim Lindóia, Jardim São Pedro, Passo D'Areia, Santa Maria Goretti, São João, São Sebastião, Vila Floresta e Vila Ipiranga
Região 03 - Leste	Bom Jesus, Chácara das Pedras, Jardim Carvalho, Jardim do Salso, Jardim Sabará, Morro Santana, Três Figueiras e Vila Jardim
Região 04 - Lomba do Pinheiro	Agronomia e Lomba do Pinheiro
Região 05 - Norte;	Sarandi
Região 06 - Nordeste	Mário Quintana
Região 07 - Partenon	Cel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa
Região 08 - Restinga	Restinga
Região 09 – Glória	Belém Velho, Cascata e Glória
Região 10 – Cruzeiro	Medianeira e Santa Tereza
Região 11 – Cristal	Cristal
Região 12 - Centro-Sul	Camaquã, Campo Novo, Cavalhada, Nonoai, Teresópolis e Vila Nova
Região 13 - Extremo Sul	Belém Novo, Chapéu do Sol, Lageado, Lami e Ponta Grossa
Região 14 - Eixo Baltazar	Passo das Pedras e Rubem Berta
Região 15 - Sul	Espírito Santo, Guarujá, Hípica, Ipanema, Pedra Redonda, Serraria, Tristeza, Vila Assunção e Vila Conceição
Região 16 - Centro	Auxiliadora, Azenha, Bela Vista, Bom Fim, Centro, Cidade Baixa, Farroupilha, Floresta, Independência, Jardim Botânico, Menino Deus, Moinhos de Vento, Mont Serrat, Petrópolis, Praia de Belas, Rio Branco, Santa Cecília e Santana
Região 17 - Ilhas	Arquipélago (Ilha das Flores, da Pintada, do Pavão e Ilha Grande dos Marinheiros)

Fonte: Revista OP 20 anos, 2009

Marquetti (s/d) acrescenta que cada região elege representantes para os conselhos superiores nas assembleias regionais. Estas são os principais veículos de participação popular, são abertas ao público e qualquer cidadão pode participar.

Segundo a Revista OP (2009), é nas Assembleias Regionais e Temáticas que a população elege as prioridades, seus conselheiros e define o número de delegados da cidade para seus respectivos fóruns regionais e grupos de discussões temáticas.

A seguir, aborda-se o calendário de atividades do OP, chamado de ciclo.

O ciclo do OP é desenvolvido ao longo do ano através de um calendário de atividades aglutinado, apresentado abaixo (2009, p. 9):

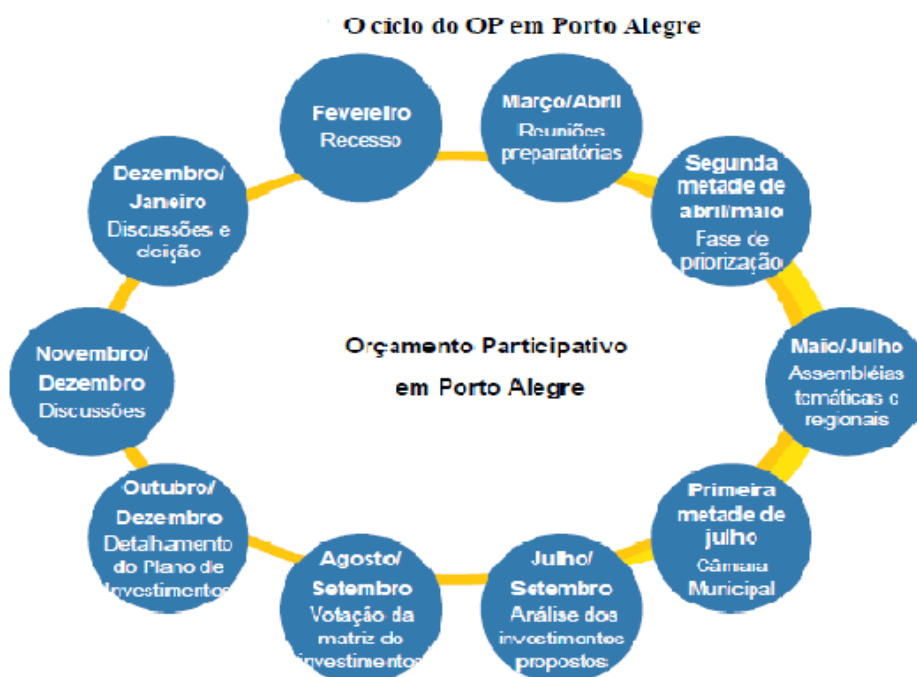
Tabela 2 – Ciclo do Orçamento Participativo de Porto Alegre

Calendário do OP			Atividades
Reuniões março/abril	Preparatórias	–	Reuniões de articulação e preparação nas regiões, microrregiões, temáticas e outras; Reuniões de integração dos Fóruns de Delegados e de Fóruns de Planejamento. Pauta: prestação de contas; apresentação do Plano de Investimentos, apresentação do Regimento Interno; critérios gerais e técnicos; discussão para chapa de conselheiros.
Assembleias Temáticas – abril/maio	Regionais	e	Rodada de Assembleias nas regiões e temáticas. Pauta: Eleição das prioridades temáticas; eleição dos conselheiros, definição do número de delegados; prestação de contas.
Regiões e maio/junho/julho	Temáticas	–	Pauta: Eleição dos delegados; hierarquização das obras e serviços; deliberação das demandas da internet (Fórum de Delegados). Antes da hierarquização: visita dos delegados às demandas solicitadas, para conhecimento.
Assembleia Municipal – julho			Pauta: Posse dos novos conselheiros; entrega da hierarquização das obras e serviços; discussão de tema de caráter geral.
Análise de demandas e montagem da matriz – julho/agosto/setembro			Governo: análise técnica/financeira das demandas; montagem de Matriz Orçamentária.
Votação da agosto/setembro	Matriz	–	Discussão e votação da Matriz Orçamentária e do início da distribuição de recursos para as regiões e temáticas no COP.
Planos de Investimentos Serviços – outubro/dezembro		e	Detalhamento do Plano de Investimentos e Serviços; Finalização da distribuição de recursos para as regiões e temáticas; Apresentação e votação da proposta de PIS (análise técnica/financeira das demandas de obras e serviços) nos fóruns de delegados regionais, com presença do GPO, SML e órgãos afins, com encaminhamento anterior da proposta aos referidos fóruns.
Discussão do Regimento Interno novembro/dezembro			Discussão nos fóruns regionais e temáticos das alterações ao RI (Regimento Interno), Critérios Gerais, Técnicos e Regionais.
Discussão e dezembro/janeiro	Votação Interno	do –	Discussão nos fóruns regionais e temáticos das alterações ao RI (Regimento Interno), Critérios Gerais, Técnicos e Regionais.
Recesso – fevereiro.			

Fonte: Revista OP 20 anos, 2009

Abaixo, pode-se visualizar esquematicamente o mapa do ciclo do OP, para maior compreensão acerca do processo.

Figura 3 – Ciclo do OP



Fonte: Relatório nº 40144/2008 - Banco Mundial

Conforme mapa acima, o funcionamento do OP se dá em quatro etapas. Primeiro, as reuniões preparatórias que iniciam em março, com a apresentação do Plano de Investimentos e Serviços pelo governo e a prestação de contas do exercício anterior, nas 16 regiões da cidade e nas 6 reuniões temáticas, onde são definidas as diretrizes e demandas para toda a cidade. Após, vem a rodada única, onde a população define as demandas e elege os delegados. Em julho, as demandas são entregues ao governo, que faz avaliação técnica e financeira; nessa etapa há envolvimento do governo, delegados e Conselho do OP para selecionar as obras. Em setembro, o governo apresenta uma proposta de orçamento à Câmara. Até novembro são definidas as obras e submetidas aos delegados, e em seguida executa-se o Plano de Investimentos com as obras selecionadas e os projetos da Prefeitura (REVISTA PORTO ALEGRE, 2003).

O funcionamento do ciclo do OP é caracterizado por três momentos prioritários, a saber: as rodadas, a rodada única de assembleias regionais e temáticas, e a assembleia municipal, conforme pesquisa realizada no *site* da Prefeitura de Porto Alegre.

O Orçamento Participativo de Porto Alegre, iniciado em 1989, no primeiro mandato da Frente Popular, no governo de Olívio Dutra, tem uma

longa trajetória. Um conselheiro do OP, em conversa informal em 15/02/2012, assim descreve sua história:

O OP foi criado a partir da primeira experiência em Pelotas na década de 1980, cuja configuração foi bem diferente ao que foi implantado em Porto Alegre em 1989. Mas, antes de sua criação já havia sido implantado uma experiência em um município do interior de Santa Catarina, cujo nome não lembro. A nossa experiência foi criada a partir desse modelo e do modelo de Pelotas no Rio Grande do Sul. Só que a experiência do OP é que vingou e dura até hoje, mesmo que nos dias atuais está diferente do que foi criado. Nos primeiros anos não se tinha clareza dos objetivos técnicos, eram feitas reuniões com a associação de moradores, a partir do governo de Olívio, que foi criado o GAPLAN ligado ao Gabinete do Prefeito, que recebe todas as demandas do processo, e faz a organização administrativa, divide a cidade em 16 regiões, cria-se os fóruns regionais e o COP. São as instâncias regionais que recebiam as demandas da comunidade, e isso fez com que os vereadores enfraquecessem e o seu papel era de analisar o Plano de Investimentos (PI) de todas as regiões do OP, distribuir recursos, prever outros recursos. No OP, houve dois momentos importantes: eleições para prefeito e vereadores e as demandas institucionais, que envolvem o caráter das políticas públicas, e as demandas das entidades – comunidades, exemplo das primeiras demandas: pavimentação, sinaleira, posto de saúde, habitação; já como exemplos de demandas das entidades podemos citar: o carnaval e a criação de creches. E, o segundo momento com Tarso que radicalizou o processo do OP com a democracia participativa, e inserção de outros temas como assistência social, cultura, saúde, educação entre outros.

O relato acima chama atenção para o fato de que o OP foi criado a partir de uma experiência em Pelotas e que serviu de modelo para a implantação de um “jeito novo de governar”, abrindo espaço para que a sociedade participe da gestão governamental da cidade. Esse processo é conhecido como co-gestão, já explicado anteriormente.

Souza (1997) explica que a população estabelece a forma de funcionamento do OP autonomamente e por meio de um processo de democracia direta realizada nas 16 regiões da cidade e nas 5 plenárias temáticas, divisão esta alterada a partir do ciclo do OP de 2008. Ela também escolhe prioridades temáticas, obras e serviços e elege o Conselho do Orçamento Participativo.

Para o conselheiro citado anteriormente, Tarso radicalizou o processo do OP com a democracia participativa, inseriu outros temas como assistência social, cultura, saúde, educação, habitação e transporte nas discussões do OP. Ele acrescenta que a temática saúde sempre esteve nas discussões do OP, porém em 1993, com a Lei Orçamentária de Assistência Social (LOAS), passou a integrar o processo do OP. Já em 1994, no segundo ano de governo, o núcleo temático transporte, cultura, saúde e assistência social, educação,

esporte e laser, desenvolvimento urbano e tributação são temas muito discutidos no processo do OP.

O conselheiro informa que em 2006 a temática saúde chega ao OP, e em 2008 chega à região Restinga com lideranças comunitárias, onde as demandas da área são discutidas e levadas para o OP.

Ainda de acordo com o conselheiro, em 1990 houve a hierarquização da saúde pelas comunidades. De 1994 aos dias atuais, esta passa a fazer parte das prioridades do OP. E com a crise enfrentada pelo governo a partir de 2003, atingindo seu auge no ano seguinte, quando aumentaram as dificuldades orçamentárias e o déficit para pagamentos, o governo não cumpriu com os compromissos firmados com o Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDS) e outras instituições e com as demandas do OP, gerando um descrédito por parte da população em relação ao governo.

Em pesquisa no *site* da PMPA (2012), foi verificado que a temática saúde passou a fazer parte da ordem de prioridades do OP a partir de 2000, sendo colocada como terceira prioridade, e que a partir de então a saúde tem ficado entre o quarto e o sexto lugar das prioridades. Essa informação demonstra que a saúde se estabeleceu entre as prioridades discutidas nos fóruns e assembleias do OP a partir da participação dos profissionais da área, que segundo o CMS militam e atuam em duas frentes de participação, ou seja, atuam como gestores e como militantes nos Conselhos de Saúde (CS), ampliando sua luta na reivindicação de melhorias para a saúde no município de Porto Alegre, assim, o direito de participação está ancorado em legislação pertinente à área da saúde.

Em 31/01/2012, foi feito contato com Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, via e-mail, com o objetivo de investigar que contribuições o Orçamento Participativo propiciou à saúde, em que período a saúde entrou nas prioridades do OP, que ações foram implantadas na saúde, quais ações na área da saúde foram efetivadas.

Com base nos questionamentos acima propostos, uma assessora técnica do CMS assim informou (e-mail respondido em 01/02/2012):

A relação do OP com o CMS não se dá de forma direta. Ela ocorre através de pessoas que militam e participam nas duas frentes de participação. Como a legislação é clara no sentido de que é o CMS quem delibera sobre a política de saúde, inclusive nos seus aspectos financeiros (Lei 8142), o que se tem feito é incluir as demandas do OP no debate do CMS. Nós fizemos um trabalho, a partir de 2007, de

levantar as prioridades junto às comunidades, através dos Conselhos Distritais de Saúde, que invariavelmente traziam as demandas aprovadas no OP, mas não exclusivamente essas. Assim, construímos uma planilha que tem sido a diretriz para os investimentos em saúde na cidade.

De acordo com o exposto acima, percebe-se que as demandas e prioridades da área da saúde são discutidas e deliberadas no Conselho Municipal de Saúde, e que essa relação entre OP e CMS não acontece diretamente. As comunidades levam as suas demandas para os conselhos distritais de saúde, que as encaminha ao CMS, e este inclui as demandas do OP em seu debate. Dessa forma, pode-se inferir que o OP é responsável pela execução orçamentária das demandas da área da saúde, pois as políticas de saúde são regidas por legislação específica para tal fim. E assim, as prioridades eleitas no CMS podem ser atendidas e implementadas as ações de melhoria, sejam obras de infraestrutura, contratação de pessoal, investimentos de recursos, entre outros, melhorando os serviços prestados na área da saúde e ampliando a rede de atenção básica de saúde.

Com base em pesquisas feitas no *site* do Observatório da Cidade, conforme artigo de Furtado (2007, p. 3):

As demandas discutidas no OP afetam diretamente a vida das pessoas. Em grande parte de sua existência, as demandas da população se concentraram nas áreas de pavimentação, saneamento básico e política habitacional, nos últimos quatro anos, a prioridade tem sido a habitação, seguida de educação e assistência social. São investimentos que priorizam os serviços básicos e que beneficiam as populações mais empobrecidas da cidade, cujas obras têm contribuído para a melhoria das condições de vida. Assim, as obras e serviços demandados se inserem nas políticas de caráter redistributivo, na medida em que priorizam a alocação de recursos para as populações mais excluídas da cidade.

Significa dizer que os investimentos priorizam os serviços básicos beneficiando as populações mais pobres e mais excluídas da cidade, e consequentemente beneficiam a qualidade de vida destas.

De acordo com pesquisa feita no site da PMPA, seção Prioridades Temáticas – 1992 a 2004, percebe-se que há uma ordem de prioridades da primeira até a terceira. A saúde, no ano 2000, encontra-se em terceira prioridade; a partir de 2006, esta fica classificada com 19 pontos, ou seja, como terceira prioridade. Já em 2007, passa a configurar como sexta prioridade, classificada com 12 pontos. Enquanto que em 2008 e 2009 está no *ranking* dos quarto e quinto lugares respectivos; e permanecendo em quarto lugar das

prioridades de 2010. Esses dados demonstram que a prioridade saúde faz parte das discussões do Orçamento Participativo de Porto Alegre, embora sejam a habitação e a pavimentação as principais prioridades temáticas; e isso mostra que é no CMS que a temática saúde possui maior relevância para a comunidade e para os profissionais que atuam na área em duas frentes, conforme coloca a assessora do CMS já mencionada.

De acordo com o exposto acima, pode-se verificar na tabela abaixo estas informações descritas.

Tabela 3: Prioridades do OP de 1992 a 2004

OP	1ª Prioridade	2ª Prioridade	3ª Prioridade
2004	Habitação	Social	Educação
2003	Habitação	Educação	Pavimentação
2002	Habitação	Educação	Pavimentação
2001	Pavimentação	Habitação	Saneamento Básico
2000	Política Habitacional	Pavimentação	Saúde
1999	Pavimentação	Saneamento Básico	Política Habitacional
1998	Pavimentação	Política Habitacional	Saneamento Básico
1997	Política Habitacional	Pavimentação	Saneamento Básico
1996	Pavimentação	Saneamento Básico	Regularização Fundiária
1995	Pavimentação	Regularização Fundiária	Saneamento Básico
1994	Regularização Fundiária	Pavimentação	Saneamento Básico
1993	Saneamento Básico	Pavimentação	Regularização Fundiária
1992	Saneamento Básico	Educação	Pavimentação

Fonte: OP/PMPA (2012)

A tabela abaixo mostra as prioridades do OP no período de 2005 a 2008, conforme descrito abaixo, cuja primeira prioridade é a habitação com 57 pontos, como mostra a tabela abaixo.

Tabela 4: Prioridades do OP de 2005 a 2008

2005	2006	2007	2008
Habitação: 57 pts.	Habitação: 56 pts.	Habitação: 56 pts.	Habitação: 52 pts.
Educação: 31 pts.	Educação: 42 pts.	Educação: 28 pts.	Educação: 22 pts.
Assist. Social: 20 pts.	Saúde: 19 pts.	Assist. Social: 24 pts.	Assist. Social: 24 pts.
Pavimentação: 20 pts.	Assist. Social: 16 pts.	Pavimentação: 19 pts.	Saúde: 23 pts.
Des. Econ., Tributação e Turismo: 16 pts.	Pavimentação: 11 pts.	Saúde: 12 pts.	Pavimentação: 22 pts.
Saúde: 6 pts.	Des. Econ., Tributação e Turismo: 8 pts.	Des. Econ., Tributação e Turismo: 10 pts.	Desenv. Econ.: 9 pts.
Cultura: 5 pts.	S. Básico/DMAE: 5 pts.	S. Básico/DMAE: 6 pts.	S. Básico/DMAE: 5 pts.
Saneam. Básico/DEP: 3 pontos	Cultura: 2 Pontos	S. Básico/DEP: 4 pontos	Cultura: 5 pontos
S. Básico/DMAE: 2 pts.	S. Básico/DEP: 1 pt.	Cultura: 1 pt.	S. Básico/DEP: 1 pt.

Fonte: OP/PMPA (2012)

Tabela 5: Prioridades do OP de 2009 e 2010

2009	2010
Habitação: 43 pts.	Habitação: 51 pts.
Educação: 43 pts.	Educação: 44 pts.
Assit. Social: 21 pts.	Assist. Social: 34 pts.
Pavimentação: 18 pts.	Saúde: 21 pts.
Saúde: 17 pts	Pavimentação: 15 pts.
S. Básico/DEP: 13 pts.	Desenv. Econômico: 4 pts.
S. Básico/DMAE: 7 pts.	S. Básico/DMAE: 1 pt.
Desenv. Econômico: 6 pts.	
Cultura: 2 pts	

Fonte: OP/PMPA (2012)

Na tabela 5, a primeira prioridade continua sendo a habitação, no período de 2009 e 2010, enquanto que a saúde continua no ranking de quinto e quarto lugares no período citado, demonstrando sua relevância para as discussões do OP.

O próximo assunto aborda as demandas e prioridades na área da saúde, com a finalidade de verificar se foi possível realizar ações que possam trazer melhorias para a área em questão.

4.1 Demandas e Prioridades do Orçamento Participativo (OP)

No quadro abaixo, serão vistas as demandas, as prioridades do OP e as obras executadas no período de 2004 a 2009, conforme dados do CMS.

Tabela 6: Demandas e Execução de Obras do OP-CMS	
DEMANDAS/PRIORIDADES 2004 - 2009	OBRAS CONCLUÍDAS SIM - TODAS
reforma e ampliação do PSF Laranjeiras	
construção de nova sede UBS Vila Jardim	
implantação do CAPS	
reforma e recuperação UBS Ipanema	
reforma e ampliação da UBS Nazaré	
reforma e ampliação da UBS Esmeralda	
reforma emergencial muro e sist. Drenagem UBS Macedônia	
pintura interna UBS Glória	
pintura interna UBS Tristeza	
pintura interna da Oficina Geração de Renda	
cercamento e tela da UBS Camaquã	
cercamento e tela da UBS Chácara da Fumaça	
cercamento e tela da UBS 5ª Unidade	
ampliação e reforma da UBS Alto Erechim	
reforma elétrica no CS Santa Marta	
reforma CAPS ad	
pintura da UBS Farrapos	
reforma e recuperação UBS Santa Rosa	
reforma e ampliação UBS Laranjeiras	
construção PSF Santa Helena	
reforma CS Santa Marta	
reforma CS Modelo - Centro do Idoso	
equipamentos e melhorias no CS IAPI	
ampliação PSF Panorama	
reforma da UBS Ilha dos Marinheiros	
reforma da UBS MAPA	
implantação do CEO Bom Jesus	
implantação do CEO Santa Marta	
implantação do CEO CSVC	
construção de Base do SAMU Estr Serraria	
implantação PSF Maria da Conceição	
ampliação do PSF Embratel	
compra de área para UBS Esmeralda	
equipe PSF para Esperança Cordeiro	
reforma área 16 CSVC	
reforma laboratório e transf da Ag. Transfusional	
reforma elétrica geral	
reforma pelo TAC	
construção quadra poliesportiva CAPS Harmonia	

reforma GRSS
reforma elétrica e subestação CS Navegantes
reforma e adequação CAPS Vila Nova
reforma auditório
reforma e adequação CAPS Vila Nova
reforma auditório
reforma UBS Murialdo 4
reforma Central de Ar comprimido e vácuo
reforma do CME
construção almoxarifado CSBJ

Fonte: Dados obtidos de planilha enviada pela assessora técnica do CMS

A tabela 6 mostra as demandas e prioridades registradas pelo Conselho Municipal de Saúde no período compreendido entre 2004 e 2009, cujas obras foram concluídas. Esses dados foram obtidos através de contato com o CMS, e de acordo com informações, via e-mail, foi montada uma planilha com os registros de demandas e prioridades pelo Sistema de Gerenciamento Orçamentário (GOR), por região do OP, no período entre 2004 e 2010, que serviu como diretriz para planejamento de ações e busca de recursos para investimentos na saúde.

No período de 2010 e 2011, a planilha do CMS não mostra as obras executadas, conforme pode-se observar na tabela abaixo.

Tabela 7 – Demandas do OP-CMS – Obras em andamento

ANO	DEMANDAS	SITUAÇÃO
2010	recuperação e pintura da fachada do Bloco C	incluída
	desapropriação dos imóveis lindeiros	incluída
	reforma da rede hidrossanitária e de esgoto	incluída
	reforma e ampliação UBS Belém Novo	incluída
	construção de prédio novo UBS Castelo	incluída
	construção de prédio novo UBS São Vicente Mártir	incluída
	ampliação UBS São Cristóvão	incluída
	aquisição terreno UBS Glória	incluída
	aquisição terreno UBS Nonoai	incluída
	reforma e ampliação PACS	incluída
	reforma e ampliação UBS Panorama	incluída
	aquisição terreno UBS Vila Vargas	incluída
	reforma CS Murialdo (GD e Farm. Distrital)	em andamento
	construção Base SAMU Bom Jesus	em andamento
reforma e adequação prédio Santana e Olavo Bilac	em andamento	
ampliação CEO Bom Jesus	em andamento	
ampliação UBS Morro Santana	em andamento	
2011	construção PSF Jd Floresta	em cadastramento
	construção CEO Restinga	em cadastramento
	construção PSF Túnel Verde	em cadastramento
	construção novo prédio UBS Castelo	em cadastramento
	infraestrutura para instalação de UPA HPB	em cadastramento
	construção de PSF São Caetano	em cadastramento
construção PSF pop. Indígena Lomba do Pinheiro	em cadastramento	

Fonte: Dados obtidos de planilha enviada pela assessora técnica do CMS

Os dados da tabela 7 mostram as demandas no período de 2010 e 2011, cujas obras foram incluídas no GOR. Outras encontram-se em cadastramento, e não foi possível verificar se tais obras foram concluídas ou não.

Em 2005, após 16 anos de Administração Popular (AP), inicia-se uma nova força política na administração da Prefeitura de Porto Alegre, que “com a troca de governo e a continuidade do OP, o processo teve seu reconhecimento fortalecido”, segundo OP 20 anos (2009, p. 5). Significa dizer que a participação popular foi mantida pela administração municipal, que a valorizou como princípio de governo, cujo sucesso do programa independe de partido político. Assim, esta tornou-se um “patrimônio da cidade”, segundo afirmativa do OP (2009).

O governo buscou aprimorar o OP através da incorporação de novos instrumentos como o Portal da Transparência e o ObservaPOA, respeitando a autonomia do sistema estabelecida por regras e procedimentos. Os conselheiros e a coordenação do OP foram importantes para a manutenção do processo de participação popular, pois auxiliaram na transmissão de informações à nova gestão (2009).

O Portal da Transparência é um instrumento do OP implantado pela nova administração municipal a partir de 2005, que propicia à comunidade acesso aos dados gerenciais sobre o andamento dos programas do governo, entre os quais se encontra o OP. No Portal da Transparência são disponibilizadas à população informações sobre a execução orçamentária e financeira do governo, o que coloca Porto Alegre na vanguarda das capitais do país a adotar o modelo de controladoria-geral das contas públicas (2009).

O Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObervaPoA) foi outro instrumento criado pela nova administração municipal em 2006, e representa uma evolução para o processo do OP, pois através dessa ferramenta qualquer cidadão pode acessar informações socioeconômicas e georreferenciadas da cidade. Segundo Adriana Furtado, técnica do Observatório, “O ObservaPOA atua em duas frentes: fornece informações para qualificar o processo de decisão e democratiza informações sobre a cidade” (2009, p. 7). Esse instrumento é ao mesmo tempo um espaço de democratização da informação e de fomento ao conhecimento, ao passo que oferece um conjunto de estudos,

pesquisas e dados pormenorizados acerca das regiões e bairros da cidade, com indicadores sociais, econômicos e de gestão.

A administração adotou um novo modelo de gestão baseado em doze programas estratégicos, tendo como premissas básicas a transparência, a transversalidade e a territorialidade, objetivando contribuir com a democracia, a atenção ao cidadão, a transparência e a agilidade na gestão pública (REVISTA OP 20 ANOS, 2009).

A Prefeitura de Porto Alegre, ao implantar seu modelo de gestão no período de 2005-2008, concentrou as ações em doze programas distribuídos em quatro eixos de atuação: Ambiente Sustentável (três eixos), Social (quatro), Econômico/Financeiro (três) e Gestão (dois). Dentre os 12 programas estratégicos, destacam-se os projetos especiais como o Viva o Centro, o Integrado Entrada da Cidade (Piec), o Socioambiental (Pisa), o Orçamento Participativo (OP) e as iniciativas para o desenvolvimento dos Portais da Cidade e dos planos para a Copa 2014.

A seguir, procede-se ao detalhamento de cada programa dentro de cada eixo:

Tabela 8 – 12 Programas Estratégicos da PMPA

Eixo Ambiental	Programa Porto do Futuro – Com 24 ações sob o tema planejamento urbano, incluindo os diversos planejamentos setoriais do município, tem por objetivo viabilizar a cidade futura e seu crescimento	Programa Transforma Porto Alegre – Inclui 33 ações dos projetos municipais que visam a revitalizar e preservar áreas da cidade e contam com financiamento externo, como o Entrada da Cidade (Piec), Socioambiental (Pisa) e Portais da Cidade		
Eixo Social	Programa A Receita é Saúde – Com 46 ações, mantém o objetivo de promover e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde	Programa Porto da Inclusão – Reúne 81 ações de assistência, capacitação, habitação, esporte, cultura e lazer dos anteriores programas Porto Alegre da Mulher, Carinho não tem Idade e Porto da Inclusão, visando a promover a autosustentabilidade e emancipação dos cidadãos	Programa Lugar de Criança é na Família e na Escola – São 78 ações para promover a atenção e proteção à infância, adolescência e juventude, com reordenamento dos programas Lugar de Criança é na Família e na	Programa Vizinhança Segura – Mantido com 16 ações que visam melhorar as condições de segurança da população

			Escola, Bem-Me-Quer e Gurizada Cidadã	
Eixo Econômico/ Financeiro	Programa Cresce Porto Alegre – Totaliza 40 ações voltadas para o desenvolvimento econômico da cidade, favorecendo a geração de emprego e renda para a população	Programa Cidade Inovadora – Desdobramento do Cresce Porto Alegre, com 9 ações, tem como objetivos criar um ambiente favorável aos negócios e o desenvolvimento de setores produtivos como tecnologia, construção civil e rural	Programa Mais Recursos, Mais Serviços – Mantido com 29 ações que buscam o equilíbrio das contas públicas para garantir a capacidade de investimento e formas alternativas de financiamento	
Eixo de Gestão	Programa Gestão Total – Mantido com 63 ações que visam à modernização da gestão pública municipal	Programa Cidade Solidária e Participativa – Reúne 30 ações relacionadas ao Orçamento Participativo e à Governança Solidária Local, visando à mobilização das comunidades, o estabelecimento de parcerias, o planejamento e a execução de ações levando em conta a territorialidade, e a comunicação eficaz com a sociedade		

Fonte: Portal de Gestão (PMPA)

No quadro acima, pode-se visualizar todos os programas que compõem cada eixo dos 12 programas estratégicos de governo, e as ações que compõem cada programa. No eixo ambiental, as ações objetivam o planejamento urbano rumo ao crescimento e à cidade do futuro, os projetos visam à revitalização e preservação de áreas da cidade. No eixo social, o destaque é para as ações, cujo objetivo é promover e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, inclusão dos cidadãos e autosustentabilidade, proteção e atenção à infância e adolescência, e segurança. No eixo econômico, as ações são voltadas para o desenvolvimento econômico da cidade, geração de renda da população e equilíbrio das contas públicas. No eixo de gestão, as ações visam à modernização da gestão

municipal, ações relacionadas ao OP e à Governança Solidária Local visam estabelecer parcerias com as comunidades.

A figura abaixo mostra de forma geral a composição dos programas dentro de cada eixo, conforme detalhado na tabela 8.

Figura 4 – Programas da PMPA



Fonte: PMPA

Conforme figura 4, é possível se obter uma visão mais ampla dos 12 programas do modelo de gestão da Prefeitura de Porto Alegre em cada eixo de ação.

Atualmente, o OP está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local (SMGL) e do Gabinete de Programação Orçamentária (GPO), onde a primeira coordena o processo do OP nas relações políticas e comunitárias e é responsável pelos Centros Administrativos Regionais (CARs), que atuam na descentralização das ações do governo. E o segundo, atua nos aspectos técnicos do orçamento da cidade e do OP, como por exemplo, na elaboração da proposta orçamentária, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o Plano Plurianual e o Plano de Investimentos e Serviços.

Os Centros Administrativos Regionais (CARs) foram criados pela Lei Complementar (LC) nº 273, § 1º do Art. 1º, de 18 de março de 1992, e alterada pela LC nº 671, de 28 de janeiro de 2011. Os CARs são unidades

administrativas regionais de referência física, política e administrativa de atuação dos órgãos municipais, e são responsáveis pela divisão territorial do Município de Porto Alegre, por meio da desconcentração da atividade administrativa municipal nas 17 regiões da Cidade. Têm como objetivos: zelar pela excelência dos serviços prestados no âmbito de sua região; promover a democracia local; e atender diretamente o cidadão.

As atribuições técnicas do GPO com o OP iniciam a partir do momento em que a comunidade apresenta suas demandas nas assembleias regionais e temáticas. Após o cadastro de demandas no Sistema de Gerenciamento Orçamentário (GOR), relatórios são enviados aos órgãos responsáveis para emitirem parecer e viabilidade técnica e, paralelamente, é discutida a LDO e construída uma matriz orçamentária (REVISTA OP 20 anos, 2009).

Outro destaque do governo atual consiste no Projeto Especial Governança Solidária Local (PGSL), uma experiência pioneira no Brasil, que visa criar uma cultura de solidariedade e cooperação com base na corresponsabilidade entre os atores sociais, ou seja, cria parcerias entre os atores públicos e privados e da comunidade, com o intuito de viabilizar demandas atrasadas por falta de verbas. O Programa da Governança Solidária Local é um aliado do OP na consecução e efetivação das demandas locais, e busca articular redes de participação democrática e comunitária. Dessa maneira, o projeto supracitado, através do consenso, do diálogo e do respeito à pluralidade, promove o desenvolvimento sustentável local (OP 20 anos, 2009).

A Secretaria da Governança Solidária Local (SGSL) define o PGSL como “uma rede intersetorial e multidisciplinar que se organiza territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade entre governo e sociedade local” (PGSL, 2008, p. 8).

A atuação das equipes de articulação do programa e dos agentes de governança produziu cerca de 400 ações indutoras do desenvolvimento local nas 17 regiões da cidade. O resultado do Programa de Governança Solidária Local foi a celebração de 6 pactos de governança e mais de 200 parcerias. Entre os pactos, pode-se destacar: Pacto Região Humaitá/Navegantes, Pacto Norte, Pacto Leste, Pacto Partenon, Pacto Nordeste e Pacto Cruzeiro.

Após detalhamento do ciclo do OP e das demandas e prioridades da área da saúde, dá-se o prosseguimento da pesquisa com a apresentação dos dados e análise do resultado.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão vistas a apresentação e análise dos resultados da pesquisa, iniciando-se com a apresentação dos dados. Logo a seguir, procede-se à descrição dos resultados, trazendo para a discussão o referencial teórico através do diálogo com os autores. E para finalizar o capítulo, apresenta-se a conclusão acerca do mesmo.

O Orçamento Participativo (OP), segundo Fedozzi (1997) é um instrumento de planejamento do governo e é o principal instrumento de controle social das ações públicas do governo. Tem uma longa trajetória de mais de duas décadas de atividades e representou um avanço na democracia participativa do município. O OP avançou muito nestes 20 anos, mas tem de evoluir mais, segundo a conselheira Maria Deloi Silveira Cardoso, participante do OP desde 1989.

Para Souza (1997), “O processo do Orçamento Participativo em Porto Alegre [...] consolidou a maneira de governar, e tem o Orçamento Participativo como principal instrumento e novo paradigma para a esquerda e as forças democráticas nacionais e internacionais”. Essa maneira de governar do PT e da Frente Popular incluiu a população nas decisões do governo, ou seja, consolidou o conceito de democracia participativa no país e no exterior, uma vez que junto com a população constrói alternativas que tornaram a cidade reconhecida como tendo boa qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, propiciando um desenvolvimento econômico e tecnológico sustentado (2003).

Dessa forma, a experiência de gestão democrática e participativa deu visibilidade à cidade aos olhos do mundo, tornando-a referência de gestão urbana reconhecida pela ONU e possibilitou a conquista de muitos títulos e prêmios conferidos à cidade por instituições como a Fundação de Economia e Estatística/RS e a Fundação Getúlio Vargas. Entre alguns dos títulos que Porto Alegre conquistou estão o de melhor cidade para se viver no país, metrópole nº 1 em qualidade de vida no Brasil, destaque no combate à pobreza em 2003, modelo de política pública em 2003, melhor atendimento do SUS no Brasil em 2001, prêmio educação RS em 1998, entre tantos outros títulos e prêmios

conquistados durante os 16 anos de Administração Popular na cidade, que podem ser conferidos em Títulos (2004).

De acordo com o levantamento de dados sobre o processo do OP em Porto Alegre, este é realizado em várias etapas conhecidas como Ciclo do OP, onde é elaborado um calendário e as atividades acontecem nas 17 regiões durante o ano todo, segundo (PMPA). A descrição do ciclo é mostrada na tabela 2, e na figura 3 o detalhamento é feito de forma esquemática, possibilitando uma visão geral de todo o processo.

A pesquisa possibilitou o entendimento acerca da divisão geográfica da cidade em 16 regiões inicialmente, e a partir do ciclo de 2008 houve uma nova divisão, na qual criou-se a região 17 a partir da divisão da região 1, que representou uma reivindicação antiga da comunidade das ilhas, e o COP assim aprovou esta alteração. Também possibilitou o conhecimento de cada etapa do ciclo do OP, importante para detalhar o que acontece em cada fase da elaboração do orçamento com as respectivas demandas e prioridades. Destacam-se as três fases prioritárias do funcionamento do OP, que compreendem as rodadas, a rodada única de assembleias regionais e temáticas, e a assembleia municipal.

Outro aspecto relevante apontado na pesquisa diz respeito à questão da democracia participativa e da representativa no processo de elaboração do orçamento público, denominado de co-gestão, segundo Souza (1997). Fedozzi (1997) corrobora dizendo que o orçamento é um instrumento de importância política para a gestão sócio-estatal, por sintetizar os direitos e deveres da cidadania nascentes da reciprocidade e da relação entre governo e sociedade.

Nesse aspecto, é importante ressaltar, segundo Santos, (2004, p. 41), “a essência e a importância que tem o OP para o exercício da cidadania e democracia, traduz-se numa forma de governo que visa à participação popular [...] o que dá subsídios para entendê-lo como uma prática de co-gestão entre governo e sociedade”. Esse dado demonstra que a participação popular representa a força propulsora para que a democracia se fortaleça e a relação entre Estado e sociedade se consolide de forma a continuar a construir a democracia cidadã.

No tocante às discussões acerca de melhorias conquistadas através das demandas e prioridades no OP, foram realizadas obras de infraestrutura da cidade. Entre estas, temos a Terceira Perimetral, pavimentação de ruas e

avenidas, iluminação, coleta de lixo, habitação, recuperação do Mercado Público e ampliação e qualificação dos serviços de saúde recebendo investimentos, conforme dados da Revista Títulos e Conquistas (2004). No tocante aos gastos de saúde, que em 1989 foram de 10,9% e que em 2002 chegaram a 18% do orçamento, nota-se uma progressiva mudança, embora, não tenha sido analisado o período após 2002 para se contrastar com as informações encontradas acima. Em 1992, a saúde foi incluída como uma das sete áreas de hierarquização do OP e foi criado o CMS, ampliando assim a participação da comunidade na formulação das políticas públicas. Em 1994, a saúde passa a ser uma das temáticas do OP e também inicia-se o processo de municipalização desta, ampliando-se a rede dos serviços e melhorias no município.

Neto e Araujo (1998, p. 45), ao se referirem às experiências de gestão local no tocante às prioridades de ação governamental, acrescentam:

No caso de Porto Alegre, as prioridades da ação do governo local no campo do desenvolvimento econômico são precedidas por duas outras que merecem maior destaque, [...] o aprofundamento da democratização da gestão da cidade e a universalização e melhoria da qualidade dos serviços públicos, sobretudo os de saúde, educação, habitação e saneamento (com atenção especial voltada para as crianças e adolescentes).

Tais melhorias da cidade são comprovadas através da realização de obras de infraestrutura, que possibilitaram melhorias visíveis à cidade, em especial às comunidades mais empobrecidas.

Através do levantamento dos dados, verificou-se que a temática saúde faz parte do OP, porém as comunidades discutem as demandas e prioridades nos Conselhos Distritais de Saúde, que após as discussões são levadas ao Conselho Municipal de Saúde, que é a instância descentralizada da SMS. Este tem função deliberativa e fiscalizadora das ações da área da saúde, junto à instância máxima no município, que é a Secretaria Municipal de Saúde, órgão atuante em várias comissões e representação da área no município.

A relação do CMS com o OP não acontece de forma direta, pois é o CMS quem delibera sobre os investimentos na área da saúde. Tais prioridades, como criação e ampliação de Programas Estratégias da Família (PSF), reformas e construção de novas unidades de saúde, contratação de equipes de saúde, capacitação de pessoal, são algumas das prioridades que fazem parte do Plano de Investimentos da área da saúde (CMS/2012):

Nós fizemos um trabalho, a partir de 2007, de levantar as prioridades junto às comunidades, através dos Conselhos Distritais de Saúde, que invariavelmente traziam as demandas aprovadas no OP, mas não exclusivamente essas. Assim, construímos uma planilha que tem sido a diretriz para os investimentos em saúde na cidade.

A tabela 6 possibilita a visualização de demandas e prioridades na área da saúde, entre 2004 e 2009, conforme dados do CMS. As obras demandadas no período indicado foram concluídas. Para o período de 2010 e 2011, a tabela 7 mostra que algumas obras foram concluídas, porém a maioria delas encontrava-se em fase de andamento ou em cadastramento no Sistema de Gerenciamento Orçamentário. Nesse sentido, não se tem informação acerca do que já foi realizado até o momento.

Segundo análise dos dados, o Orçamento Participativo representa um instrumento de gestão democrática inovadora no Rio Grande do Sul e que serve de modelo para outros estados e países. Serviu para fortalecer a relação entre o governo e a sociedade, transformando as relações políticas. Desde sua criação, a participação da comunidade se faz presente e sem esta não seria possível a construção da cidadania através do desenvolvimento de consciência do sujeito no debate político. No entanto, ainda tem-se muito a fazer para que o processo do OP continue sendo um sucesso e continue firmando-se como mecanismo de democracia participativa e de controle social. Para tal, necessita de aprimoramento constante de sua dinâmica e de seu processo.

Um importante resultado do OP é a democratização da informação, por possibilitar ao governo a transparência de seus atos perante a sociedade. Qualquer cidadão pode participar do processo, seja como espectador ou como ativista, fazendo parte de alguma associação comunitária ou do Conselho do OP.

Viu-se que com a mudança de governo em 2005, foi mantido o OP na nova gestão e incluídos outros mecanismos de participação popular, no caso do Programa de Governança Solidária Local, cujo objetivo é criar parcerias entre governo, sociedade e setor privado. Implantaram-se mecanismos como Portal da Transparência e o ObservaPOA, com o objetivo de propiciar à população porto-alegrense acesso às informações a respeito da gestão do governo, possibilitando maior visibilidade de suas ações. Corroborando na questão de parcerias entre Estado e sociedade, Goulart (2006) acrescenta que parcerias, consórcios, arranjos produtivos locais, redes e outras variações

interorganizacionais vêm sendo formuladas, estudadas e avaliadas para promover o desenvolvimento local [...] e abrem espaço à participação da sociedade em decisões de investimentos governamentais ou na elaboração de políticas públicas.

Nesse sentido, o governo implantou 12 programas estratégicos divididos em quatro eixos de ações nas áreas ambiental, social, econômico/financeira e gestão, segundo explicitado na tabela 8, com o objetivo de promover o desenvolvimento da cidade como um todo. Como resultado da implementação dos programas de governo, obteve-se uma variedade de parcerias e ações que visam à melhoria da cidade e da qualidade dos serviços públicos, rumo ao crescimento do município.

Com base nos dados analisados pode-se concluir que houve melhorias na área da saúde de Porto Alegre, de acordo com as tabelas apresentadas, e que o OP representa um importante mecanismo de controle social e de democracia participativa para a sociedade.

No entanto, a população clama por uma saúde de qualidade e por melhores serviços de saúde, que atendam suas necessidades e anseios, respeitando o que a Constituição Federal de 1988 declara em seu texto constitucional, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado [...] ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, segundo Santos, (2006, p. 24).

A seguir, procedem-se às considerações finais do trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou o desenvolvimento local e o Orçamento Participativo de Porto Alegre como ferramenta de gestão na área da saúde. O tema acerca do desenvolvimento local é complexo e abrangente, por não restringir-se somente a aspectos econômicos, pois engloba os de ordem política, cultural, social e ambiental. E, o aspecto da economia é determinante para que um país, estado ou município seja considerado desenvolvido com ótimos índices de crescimento e de qualidade de vida para a população como um todo. Nesse aspecto, o Orçamento Participativo tem um papel fundamental como mecanismo de democracia participativa e de democracia representativa, por entender que o governo abriu espaço para a população participar da elaboração do orçamento público do município, elegendo suas prioridades e determinando a divisão de recursos a serem investidos em obras e serviços, conforme mostrado através da literatura.

Para entender como acontece o processo do OP em Porto Alegre, buscou-se detalhar o funcionamento do processo com o objetivo de identificar que contribuições o OP trouxe para a melhoria da área da saúde no município. Assim, para atingir os objetivos específicos do estudo procurou-se traçar brevemente seu histórico, verificar em que período a temática saúde foi prioridade no processo do OP, identificar se houve efetivação ou implantação de ações na área de saúde do município e, por fim, analisar de forma crítica as ações implantadas nessa área.

Em resposta a esses objetivos, realizou-se um aprofundamento do referencial teórico acerca de temas estudados ao longo do trabalho. Através do diálogo com os autores trazidos no estudo buscou-se a compreensão do funcionamento do processo do OP em Porto Alegre e suas peculiaridades, assim como foi possível responder aos objetivos propostos.

Com base nos dados coletados para a pesquisa, foi possível detalhar o processo do Orçamento Participativo de Porto Alegre, suas especificidades que o tornaram uma referência de gestão pública para o Brasil e para o exterior, respeitando as peculiaridades e diferenças de cada local, o que o torna inviável

de ser reproduzido em cada município do Brasil, considerando que o nosso país é de dimensões continentais, e que cada local possui suas especificidades. Foram relevantes para o estudo os depoimentos de conselheiros e delegados durante os vinte anos de criação, reproduzidos na Revista OP 20 anos, a qual traz o calendário do ciclo do OP e as atividades que o compõem.

Os resultados da pesquisa mostraram que o OP trouxe melhorias visíveis para a cidade, através de investimentos em infraestrutura, obras e serviços, que possibilitaram maior visibilidade da capital dos gaúchos e a tornaram conhecida mundialmente, além de trazer muitos títulos e prêmios, conforme já mencionado anteriormente.

Com base na análise crítica percebe-se que houve grandes conquistas para a cidade de Porto Alegre em se tratando de avanços na democracia participativa, com a criação do OP, que possibilitou a melhoria de serviços públicos e investimentos em obras que deram maior visibilidade a Porto Alegre. Por outro lado, há muito a se fazer em relação ao desenvolvimento da cidade para alcançarmos a 'cidade que queremos e sonhamos', e para isso a participação popular deve continuar buscando o seu espaço nesse processo dinâmico e buscar constante aprimoramento dos mecanismos que compõem o processo do OP. E nesse processo, a democratização da informação e transparência das ações governamentais são palavras-chaves na continuidade e sucesso do OP como mecanismo de controle social.

Quanto à questão da saúde no Brasil, e em especial em Porto Alegre, muitos embates entre os atores sociais foram travados e muitas conquistas foram alcançadas ao longo da reforma sanitária no país. Uma das conquistas diz respeito à criação da Constituição Federal de 1988, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado, ganhando aporte legislativo com as Leis 8080 e 8142 de 1990, já explicitadas anteriormente.

Após análise dos resultados pode-se concluir que o processo do OP em Porto Alegre representa uma conquista para a população, no que tange à conquista do direito de participar da tomada de decisão governamental. E por parte do governo cabe o desafio de continuar aprimorando o processo do OP em Porto Alegre, buscando junto às parcerias recursos para ampliar os investimentos, melhorando assim a qualidade de vida da população nas principais áreas como saúde, habitação e educação, entre outras.

Através da pesquisa foi possível aprimorar os estudos a respeito dos assuntos abordados ao longo do trabalho, propiciou reflexões acerca do aprendizado adquirido durante a realização desta, além de estimular a consciência de nosso papel na sociedade, enquanto cidadãos participantes e ativos na luta pela democracia cidadã.

Este trabalho foi de grande valia no aprimoramento e construção do conhecimento, que iniciou ao ingressar neste curso, e que com certeza não se encerra aqui, pois trilhar o caminho da construção do saber exige dedicação e busca constante pelo aprendizado, pois há muito a se aprender e compartilhar as experiências adquiridas nos enriquece como seres humanos, e nos desafia a enfrentar as dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A MELHOR SAÚDE PÚBLICA DO PAÍS: In: **Títulos e conquistas**, Porto Alegre, [2004?, pp. 15-16].

BANCO MUNDIAL. Relatório Nº 40144 – BR – **Para um Orçamento Participativo mais Inclusivo e Efetivo em Porto Alegre**, 2008. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/texto_banco_mundial.pdf. Acesso em 18 mar. 2012.

BUARQUE, Sérgio C. **Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável**. Projeto de Cooperação Técnica INCRA/IICA – PCT – INCRA/IICA. Brasília, 1999. Cap. 1. Disponível em : http://www.apodesc.org/sites/documentos_estudos/arquivos/Planej-Metodologia%20de%20planejamento%20do%20desenvolvimento%20local%20e%20municipal%20sustentavel-Sergio%20Buarque.pdf. Acesso em 03 out. 2011.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Planilha Consolidado Demandas OP-CMS**, e-mail 01 fev. 2012.

DRACHLER, Maria de Lourdes et al. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(2): 461-470, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a11v08n2.pdf>. Acesso em 01 nov. 2011.

FEDOZZI, Luciano. **Orçamento Participativo**: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre. Porto Alegre: Tomo Editorial; Rio de Janeiro: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal (FASE/IPPUR), 1997.

FURTADO, Adriana. Observatório da Cidade de Porto Alegre – **democratizando a informação - Indicadores socioeconômicos como elemento para a tomada de decisões e indicadores de acompanhamento do Orçamento Participativo**, 2007. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/paper_observa_revisado.pdf. Acesso em 19 fev. 2012.

GENRO, Tarso e SOUZA, Ubiratan de. **Orçamento Participativo**: a experiência de Porto Alegre. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1997.
GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOULART, Sueli. **Uma abordagem ao desenvolvimento local inspirada em Celso Furtado e Milton Santos**. Cadernos EBAPE, v. 4, n. 3, out/2006. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/cadernosebape>. Acesso em 30 out. 2011.

MARQUETTI, Adalmir. **Participação e Redistribuição: o Orçamento Participativo em Porto Alegre**. Disponível em <http://www.democraciaparticipativa.org/files/AdalmirMarquettiParticipa%E7%E3oeRedistribui%E7%E3ooOr%E7amentoParticipativoemPorto%20Alegre.pdf>. Acesso em 16 fev. 2012.

NETO, Leonardo Guimarães e ARAÚJO, Tânia Bacelar de. In: SOARES, José Arlindo e CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

ORÇAMENTO PARTICIPATIVO: **Prioridades Temáticas – 1992 a 2004**. Disponível em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=27. Acesso em 24 jan. 2012.

PETITINGA, Carolina Santos. **Desenvolvimento local**. Cult/UFBA. Artigo disponível em: <http://www.cult.ufba.br/maisdefinicoes/DESENVOLVIMENTOLOCAL.pdf>. Acesso em 03 out. 2011.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão (s/d)**. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/professores/yjamal/Epidemiologia%20e%20saude%20publica/Historia%20e%20estrutura%20SUS.pdf>. Acesso em 30 out. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Histórico do Orçamento Participativo**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php?p_secao=1. Acesso em 01 nov. 2011.

PROGRAMA DE GOVERNANÇA SOLIDÁRIA LOCAL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre/UNESCO, 2008. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smgl/usu_doc/1livretogovernaca2008.pdf. Acesso em 20 mar. 2012.

REVISTA **OP 20 anos**. PMPA/SMGL, agosto, 2009. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smgl/usu_doc/1revistaop20anos.pdf. Acesso em 03 fev. 2012.

REVISTA PORTO ALEGRE – **Um outro mundo é possível**. Porto Alegre, 2003.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. CAPES, 2009.

SALIBA, Nemre Adas at all. **Conselhos de saúde**: conhecimentos sobre as ações de saúde. RAP. Rio de Janeiro 43(6): 1369-1378, nov/dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>. Acesso em 01 nov. 2011.

SANTOS, Lenir. **Conhecendo seus direitos na saúde pública**. CONASEMS e CONASS, Brasília, 2006.

SANTOS, Neusa Maria dos. **A organização da saúde no Rio Grande do Sul**. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>. Acesso em 30 out. 2011.

SANTOS, Risonaldo Ferreira dos. **Orçamento Participativo**: uma análise dos fatores contributivos para a continuidade da experiência da cidade de Porto Alegre/RS. 2004. 83 f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialista em Auditoria e Contabilidade Pública) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004. Disponível em: [http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/0F729661562590D403256FD00446313/\\$File/NT000A656A.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/0F729661562590D403256FD00446313/$File/NT000A656A.pdf). Acesso em: 20 jan. 2012

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Porto Alegre. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=807. Acesso em 08 jan. 2012.

SOARES, José Arlindo e GONDIM, Linda. In: SOARES, José Arlindo e CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto at. all. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Cap. 2, p. 65-86.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2007.