



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**  
Secretaria Geral  
Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Institucionais

**PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD-**

Com o apoio da **UNIÃO EUROPEIA**

## **PAINEL 2**

### **DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Participação é um dos elementos articuladores das políticas públicas no Brasil democrático. A Constituição de 1988 estabeleceu 14 princípios participativos na organização do Estado brasileiro. Entre eles, o mais importante é a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas relacionadas à assistência social, à saúde e às crianças e adolescentes. Com base nesses princípios, foram criados cerca de 5.000 conselhos de saúde e 2.000 conselhos de assistência social no Brasil. Além disso, faz-se mister destacar as experiências de orçamento participativo que, apenas em quatro capitais – São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife – reúnem anualmente cerca de 200.000 pessoas.

Todas essas iniciativas tiveram como objetivo integrar os atores sociais na deliberação ou no estabelecimento de mecanismos de controle nas políticas sociais. A participação foi introduzida na saúde, no Brasil, visando integrar os atores sociais - usuários de serviços de saúde pública - no processo de ampliação do acesso à saúde no país via os assim chamados conselhos, isto é, instituições híbridas que contam com a participação de representantes do estado e da sociedade civil. Os conselhos de saúde são previstos em legislação nacional e constituem condição para a transferência de recursos federais para os municípios. Baseados no artigo 194 da constituição eles foram institucionalizados pela Lei 8.142. O orçamento participativo consiste em um processo no qual a população reivindica o acesso a bens e serviços públicos nas suas regiões. Introduzido em Porto Alegre em 1990, existem hoje 194 experiências de OP no Brasil. Mais uma vez, o pressuposto é o mesmo, ou seja, que os atores sociais das regiões mais carentes das grandes cidades, ao

participarem do OP, tenham a chance de deliberar sobre o acesso da população mais carentes das cidades a bens públicos de infra-estrutura urbana.

Temos, assim, dois amplos canais de participação no Brasil atual, cada um articulando participação e distribuição de uma forma: (1) Na saúde, a participação do ator pode gerar decisões relacionadas a novas políticas públicas que ampliem o acesso a serviços públicos, mais especificamente, aos serviços de saúde. Nesse primeiro caso, a participação consiste na deliberação sobre o conteúdo de uma política pública ou no controle sobre o atendimento de saúde prestado. (2) No OP, com sua participação, o próprio ator define o bem público de que mais necessita. Nesse caso, a participação determina a distribuição de um bem de infra-estrutura, coletiva ou individual, no território da cidade.

Nesse breve artigo iremos caracterizar a abrangência e o sucesso de cada uma dessas políticas e discutir os problemas que elas enfrentam para se generalizarem como políticas públicas.

#### 1. Orçamento Participativo :

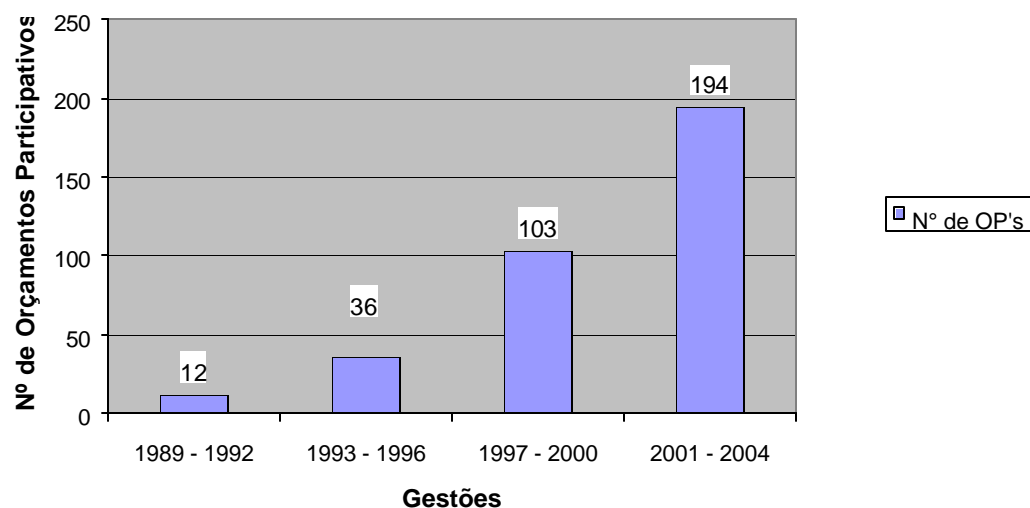
O orçamento participativo é uma das experiências de gestão democrático-participativas que mais se expandiu nas grandes cidades brasileiras. Introduzido em Porto Alegre em 1990, ele foi posteriormente estendido a Belo Horizonte, Recife e São Paulo, apenas para citar o nome de grandes capitais brasileiras. O formato original do OP, mesmo sofrendo diversas mudanças e aperfeiçoamentos, possibilitou a formação de um cânone democrático e participativo que acabou servindo de modelo para experiências posteriores.

Recentemente, diferentes pesquisas realizadas pelo FNPP1 e pelo Projeto Democracia Participativa na UFMG, levantaram uma série de dados relevantes que apontam na direção do aumento das experiências de orçamento participativo, no recorte temporal de 1997 a 2000 (Grazia & Torres, 2003) e na qualificação dos requisitos necessários ao êxito das experiências. No que diz respeito à análise quantitativa do OP foram diagnosticados, neste período, 103 casos de OP em municípios diversos – capitais, cidades médias e pequenas – que, se por um lado mostraram aspectos coincidentes da experiência, por outro, destacaram características específicas a cada município em que a experiência foi implementada. As pesquisas concentraram seus esforços em mostrar como o

OP se expandiu pelo Brasil, como parte de programa de governo não somente do Partido dos Trabalhadores, mas também de diversos outros partidos e/ou coligações partidárias.

Esses dados foram atualizados pelo Projeto Democracia Participativa da UFMG que constatou a existência de 194 experiências entre 2001 e 2004, tal como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Evolução das Experiências de OP no Brasil



Fonte: Projeto Democracia Participativa/2004

É possível afirmar o sucesso do OP como política pública participativa se nós o caracterizarmos a partir de três variáveis:

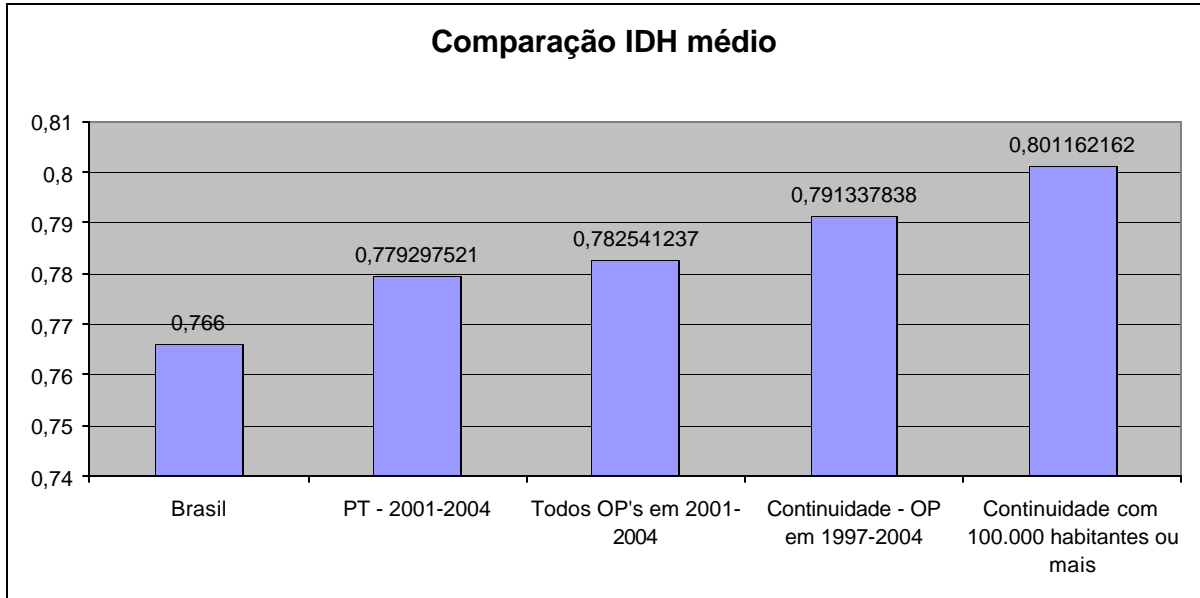
- Em primeiro lugar, podemos entender o sucesso como efetividade, isso é, êxito em conseguir a participação do ator social alvo. Nesse sentido, podemos considerar o OP exitoso. Nas suas principais experiências - Porto Alegre, Belo Horizonte e São Paulo -

<sup>1</sup> Esta pesquisa, do Fórum Nacional de Participação Popular, encontra-se em: GRAZIA, Grazia de e RIBEIRO, Ana Clara Torres (2003) *Experiências de Orçamento Participativo no Brasil – Período de 1997 a 2000*. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ

podemos perceber a participação de um ator social carente cuja renda está entre 2 e 5 salários mínimos e que é o público-alvo dessa política pública.

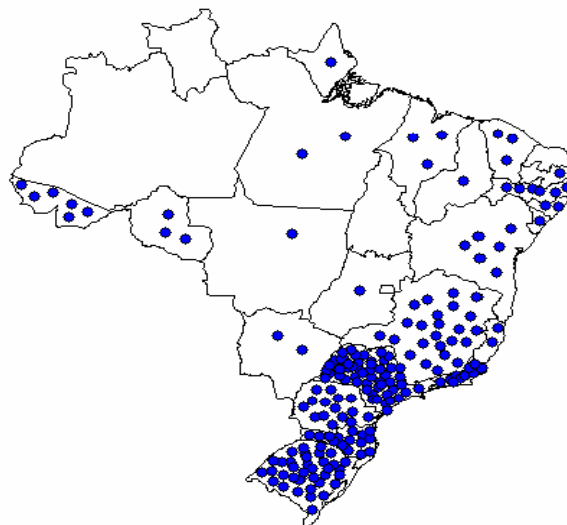
- Em segundo lugar, podemos caracterizar o sucesso como capacidade de produzir deliberações feitas a partir da participação e que produzam políticas públicas para o setor. No caso do OP, deliberações que produzam decisões sobre a distribuição de bens públicos de infra-estrutura nas cidades nas quais ele existe. Nesse sentido, o OP também pode ser considerado exitoso.
- Em terceiro lugar, a capacidade de associar participação e distribuição. Nesse caso, o principal indicador é a capacidade do OP de gerar resultados distributivos. Marquetti (2003) e Pires (2003) mostram o êxito do OP por essa via em grandes capitais, como Porto Alegre e Belo Horizonte. Segundo os autores, o OP privilegia regiões dessas cidades com maior concentração de pobreza, através de mecanismos como o IQVU e as tabelas de carência.

Os dados de pesquisa disponíveis sobre o OP mostram que ele parece ser uma política participativa exitosa nas cidades com as seguintes características: mais de 100.000 habitantes, concentradas nas regiões Sul e Sudeste, com níveis de pobreza inferiores ao da média nacional e IDH superior à média nacional. O Gráfico 2, abaixo, mostra a relação entre as cidades de concentração do OP e o seu IDH.



Fonte: Projeto Democracia Participativa – 2004

Podemos, a partir dos dados do Gráfico 2, perceber que há um problema envolvido na generalização ou extensão do OP como política pública para todas as regiões do Brasil. Os casos de OP se concentram em cidades com mais de 100.000 habitantes, que têm características que tornam difícil a sua generalização pelo Brasil, tal como capacidade tributária e níveis relativamente baixos de concentração da pobreza. Com 194 casos existentes no Brasil nesse momento, a concentração regional e pelo tipo de cidades do OP aponta para os seus limites principalmente no que diz respeito à sua extensão para cidades de médio porte das regiões norte e nordeste.

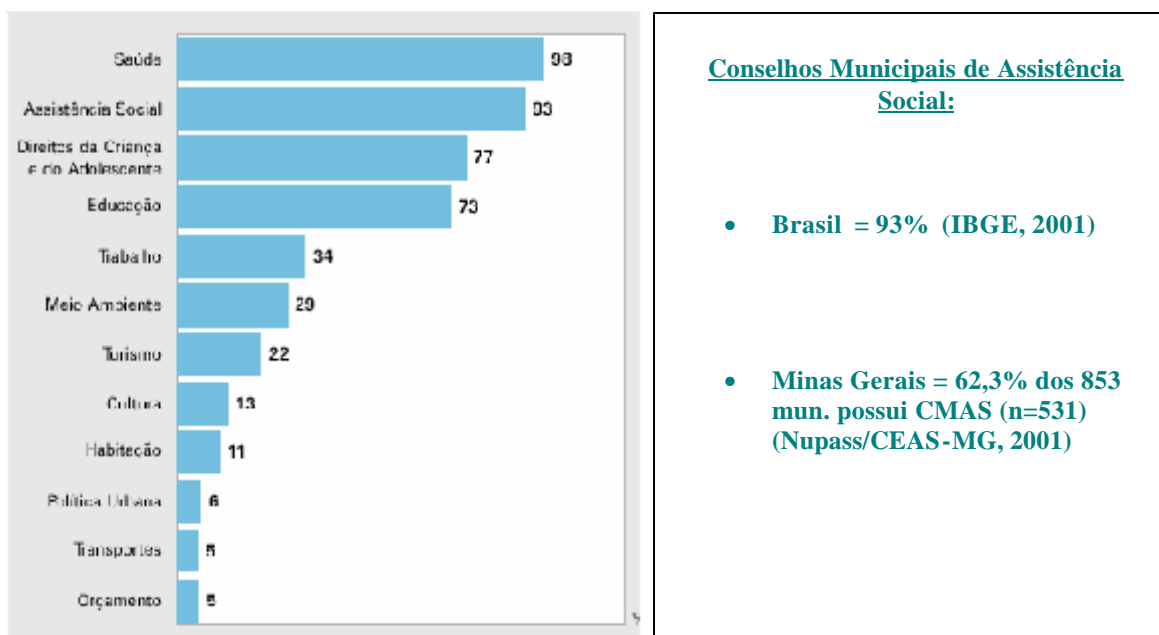


Vamos, em seguida, analisar um segundo caso de participação mais generalizado no Brasil: o caso dos conselhos, com ênfase nos conselhos de saúde.

## 2. Os conselhos setoriais de saúde

Os conselhos setoriais são mecanismos de deliberação pública criados no interior do Poder Executivo para a participação da sociedade civil, com a presença de representantes também de provedores de serviços privados - no caso dos sistemas nacionais de assistência social e saúde. O papel dos participantes nos conselhos é deliberar, juntamente com o poder público, sobre política de saúde, exercer controle direto e regular as ações do governo. Os conselhos setoriais foram criados também em diversas áreas, e tornaram-se parte da arquitetura institucional de importantes políticas setoriais brasileiras — como educação, assistência, criança e adolescentes e saúde — a partir da Constituição de 1988. Essa, ao regulamentar tais políticas, trouxe inúmeros dispositivos que prevêem a participação da comunidade (art. 194, VII; art. 198, III; art. 204, II; e art. 206, VI). Por tal razão, os conselhos assumem grande importância para a efetividade de direitos sociais, na medida em que deliberam sobre as políticas públicas acima, ou seja, transformam o orçamento em ações, instrumentos e serviços concretos para a comunidade. O gráfico abaixo mostra o número de conselhos no Brasil, segundo dados do IBGE:

Gráfico 3: conselhos municipais no Brasil



Fonte: Pesquisa de Informações Básicas Municipais – IBGE, 2001; Pesquisa Conselhos Municipais de Dentre as diferentes áreas de políticas sociais nas quais existem conselhos, destaca-se a área da

saúde, obrigatória para o repasse de recursos nacionais para o setor. As principais características dos conselhos de saúde são: o fato de serem o setor de políticas públicas participativas mais bem institucionalizado no Brasil - nesse momento, com presença em 98% dos municípios brasileiros; o fato de serem instituídos por força de legislação nacional, nas três instâncias da federação (União, Estados e Municípios), que lhe conferem o maior grau de institucionalidade formal dentre as experiências participativas mencionadas; de possuírem competências deliberativas (têm, portanto, poder de decisão e não apenas consultivo); de constituírem uma forma de participação que funciona de maneira regular e contínua (e não simplesmente quando convocada); e serem compostos, na maioria das vezes, por representantes da sociedade civil organizada (envolve, portanto, uma participação mais complexa do que a participação individual).

No entanto, se temos todos esse elementos de um êxito relativo da institucionalização de formas de participação na saúde, temos diferentes motivos para questionar a possibilidade de generalização desse mecanismo distributivo.

Em primeiro lugar, há um diferencial significativo no que diz respeito ao grau de institucionalização dos conselhos nas regiões sul e sudeste, por um lado, e nas regiões norte e nordeste por outro, tal como mostra a Tabela 1 abaixo. Nesse sentido, mesmo no caso da saúde, no qual o grau de institucionalização é maior, ainda há um diferencial significativo:

Tabela 1

<b>Conselhos Municipais no Brasil (2001) - distribuição espacial e diferencial de institucionalização</b>			
<b>Área de atuação do conselho</b>	<b>região em que aparece com</b>		<b>Diferencial entre regiões maior/menor ocorrência</b>
	<b>maior ocorrência</b>	<b>menor ocorrência</b>	
Saúde	Sul (99%)	Nordeste (97%)	2%
Assistência Social	Sul (96%)	Nordeste (92%)	4%
Direitos da Criança e do Adolescente	Sul (91%)	Nordeste (66%)	25%
Educação	Sul (79%)	Norte (63%)	16%
Meio Ambiente	Sul (40%)	Nordeste (14%)	26%

Fonte: IBGE - Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2001.

Em segundo lugar, o fato dos conselhos de saúde terem uma maior institucionalização não nos diz nada sobre outros critérios de sucesso enumerados acima, isso é, esses conselhos têm sido eficazes em aumentar o acesso aos serviços de saúde e democratizar o acesso dos atores sociais de baixa renda a essas políticas? Há um diferencial entre o grau de democratização da gestão entre os conselhos das diferentes regiões? Há o mesmo grau na democratização do acesso aos serviços nas diferentes regiões?

É possível através da análise anterior perceber que as políticas sociais participativas encontram hoje no Brasil três grandes desafios:

O primeiro é generalizar e integrar as formas de participação. A participação na saúde é mais intensa do que na assistência social, que, por sua vez, é mais intensa do que na educação. Por outro lado, a participação é mais intensa nas regiões Sul e Sudeste que concentram índices mais baixos de pobreza. É preciso incentivar formas de generalização da participação nas regiões mais pobres do país.

Em segundo lugar, há o problema da intersetorialidade da participação. A participação ocorre de forma tão segmentada quanto a organização do estado brasileiro. Isso vale tanto para os OP's quanto para a participação em Conselhos. Ambos não estão integrados às outras políticas públicas de modo a nos possibilitar falar de políticas públicas participativas.

Em terceiro lugar, há o problema da variação nas formas de organização da sociedade civil e seu impacto. A sociedade civil brasileira se organiza de forma muito heterogênea. Ela é mais organizada nas regiões sul e sudeste do que nas demais regiões. Ela é mais organizada nas grandes cidades do que nas pequenas. Ainda que não existam dados conclusivos sobre funcionamento dos conselhos e OP's nas pequenas cidades, estudos de caso indicam que eles não funcionam tão bem (Silva,2003; Teixeira,2003). É importante pensar uma política para a consolidação de formas de participação em municípios de pequeno porte.