

DESENVOLVIMENTO LOCAL E CONTROLE SOCIAL: NOTAS SOBRE OS CONSELHOS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL E NO TOCANTINS*

LOCAL DEVELOPMENT AND SOCIAL CONTROL: OBSERVATIONS ON PUBLIC HEALTH POLICY COUNCILS IN BRAZIL AND TOCANTINS

Carine de Oliveira Nunes 1

Airton Cardoso Cañado 2

Resumo: Este trabalho tem como objetivo analisar a relação entre o desenvolvimento local e o controle social desempenhado pelos conselhos de saúde e como os mesmos estão institucionalizados no âmbito federal e no estadual, mais especificamente no estado do Tocantins. Trata-se de uma abordagem teórica fundamentada em uma pesquisa bibliográfica e documental sobre Controle Social, Conselhos Gestores e Desenvolvimento. Concluída a pesquisa observou-se que a institucionalização dos conselhos e sua disseminação pelos municípios fazem deles importantes instrumentos à disposição da sociedade para o exercício do controle social sobre as políticas públicas no Brasil, que aprimoram a participação de múltiplos atores e promovem o desenvolvimento local. Já como ponto de melhoria seria necessário focar na regulamentação do conselho, na paridade dos colegiados e, principalmente, no fomento a autonomia física (ter sede própria), financeira (ter dotação orçamentária própria) e a educação permanente dos conselheiros.

Palavras-chave: Desenvolvimento. Controle Social. Conselhos.

Abstract: The objective of this paper is to analyze the relationship between local development and social control performed by health councils and how they are institutionalized at the federal and state levels, more specifically in the state of Tocantins. It is a theoretical approach based on a bibliographic and documentary research on Social Control, Management Councils and Development. At the end of the research, it was observed that the institutionalization of councils and their dissemination by the municipalities make them important instruments available to society for the exercise of social control over public policies in Brazil, which improve the participation of multiple actors and promote local development. As a point of improvement, it would be necessary to focus on the regulation of the council, on parity of the collegiate bodies and, mainly, on the promotion of physical autonomy (having its own headquarters), financial (having its own budget allocation) and the permanent education of the councilors.

Keywords: Development. Social Control. Councils.

Doutoranda em Gestão de Empresas pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Tocantins. Administradora no Instituto Federal do Tocantins. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7339351972154535>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4659-699X>. E-mail: carine.nunes@ifto.edu.br

Doutor em Administração (UFLA). Realizou Estágio Pós-doutoral na EBAPE/FGV e HEC Montreal (Canadá). Professor Permanente do PPGDR/UFT e Coordenador do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas (UFT) e do Curso de Administração (UFT). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7076992579962891>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4698-1804>. E-mail: airtoncardoso@yahoo.com.br

*O presente texto é um recorte da dissertação intitulada "Cidadania e desenvolvimento local: O conselho municipal de saúde de Palmas - TO sob a perspectiva da Gestão Social" apresentada no Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional (PPGDR) da Universidade Federal do Tocantins - UFT.

Introdução

A interação entre a sociedade civil e o Estado vem sofrendo diversas alterações ao longo do tempo, o reconhecimento de novos atores sociais nesse processo e a incorporação ao sistema político de diversos segmentos antes mantidos à margem provocaram um aumento e diversificação de ações sociais, o que ocasionou uma mudança dos papéis desempenhados por alguns agentes nesse complexo sistema, assim estabelecendo-se o regime democrático e participativo como um modelo preeminente de organização política e social (SEN, 2010).

Observa-se, nesse cenário, que as relações sociopolíticas estão, aos poucos, se aperfeiçoando e, aparentemente, caminhando rumo ao empoderamento dos indivíduos. As sociedades atuais exigem cada vez mais transparência das ações do governo, o exercício do cargo público com ética e a aplicação dos recursos públicos de forma hábil e em concordância com as necessidades da população.

Assim, as pautas relacionadas ao controle social apresentam-se como uma temática relevante a ser analisada, que vem avançando como prática nas instituições e ganhando destaque especial como teoria na academia, o que revele um esforço em despertar ações mais participativas da população, com vistas a alcançar um ambiente menos corrupto nas localidades, criando um cenário mais favorável ao desenvolvimento local.

No Brasil, principalmente após a Constituição de 1988, ocorreram diversas ações políticas com objetivo de estimular a sociedade a propor e fiscalizar as atividades estatais, vislumbrando alcançar um novo modelo de relação Estado / Cidadão baseado na colaboração, transparência, garantia de direitos e na qualidade do acesso aos serviços públicos. Entre essas ações estava a criação e o fortalecimento dos conselhos gestores de políticas públicas.

Esses conselhos são responsáveis pelo suporte ao funcionamento de suas áreas de atuação, sendo sua competência a elaboração de políticas públicas, expressa na apreciação e estabelecimento de estratégias e diretrizes; na análise e aprovação de orçamentos; na normatização das ações e regulação da prestação de serviços de natureza pública e privada; no acompanhamento e no controle da gestão de recursos (GONH 2006; CUNHA 2007).

Nessa conjuntura, algumas perguntas emergem: Qual a importância desses conselhos para o desenvolvimento local? Como os conselhos gestores de políticas públicas em saúde foram institucionalizados? Como estão estruturados?

Norteados por essas questões, o objetivo desse trabalho é analisar a relação entre o desenvolvimento local e o controle social desempenhado pelos conselhos de saúde e como esses conselhos estão institucionalizados no âmbito federal e estadual, mais especificamente no Estado do Tocantins.

Estruturalmente, este artigo está dividido em três partes, além desta introdução. A seguir apresentam-se notas sobre controle social e desenvolvimento local. Na terceira seção discute-se a estruturação e importância dos conselhos gestores de saúde no cenário atual. Por fim, as considerações finais.

Desenvolvimento Local e Controle Social

Para compreender a relação entre controle social e desenvolvimento, faz-se necessário um alinhamento com as teorias de Furtado (1961) quanto à origem, o desenvolvimento é apresentado como um processo histórico autônomo, e não como uma etapa pela qual tenham, necessariamente, passado as economias que já alcançaram um grau superior de desenvolvimento. De Schumpeter (1978) na diferenciação entre crescimento e desenvolvimento, o mero crescimento da economia, representado pelo aumento da população e da riqueza, não é considerado aqui como um processo do desenvolvimento. De North (1990), no que se refere à importância das instituições, ressaltando a relevância das relações de produção e das regras por meio das quais os indivíduos interagem socialmente. De Putman (1995) na compreensão do capital social como um aspecto essencial para a apreensão do caráter endógeno do desenvolvimento. E de Sen (2010) em que o desenvolvimento é encarado como processo de expansão das liberdades concretas, de modo a promover, sobretudo, a melhora da vida dos indivíduos.

Essa conceituação multifacetada do desenvolvimento aproxima-se da ideia do bem vi-

ver, em que o homem guarda sua existência no espaço em que habita procurando constante sintonia com ele. A democratização refletida nesse sentimento de pertencimento e na ampliação da capacidade de participação cidadã nos processos decisórios contribuem para o fortalecimento do desenvolvimento local (CANÇADO; SAUSEN; VILLELA, 2013).

Nessa transformação dinâmica do papel do Estado e da sua relação com a sociedade é que podemos visualizar a retomada das discussões acerca da participação e controle social, que remete, também, a construção de um ambiente democrático e de desenvolvimento. Dessa forma, o controle social passa a ser visto como uma conquista da sociedade civil, um instrumento de expressão da democracia e de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços públicos.

Cunha (2011, p. 03) diz que: "Com os processos de democratização e diminuição do papel do Estado na economia e vida social, o controle social assume uma nova dimensão". Ele é visto como a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na fiscalização dos planos de ação do município, estado ou do governo federal (CUNHA, 2011).

O Controle social apresenta-se com um aspecto fundamental de significado, que é a fiscalização que emana da sociedade, que se origina do povo para o povo. A evolução nas formas de interação ou associação entre os setores que compõem a sociedade exigiu a modificação dos instrumentos legais para que houvesse a expansão dessa participação do cidadão. Da mesma forma, pode-se considerar que a descentralização das atribuições do Estado impôs a necessidade de uma participação cada vez maior da sociedade no controle da Administração. Isso é o que tem sido denominado controle social (SILVA, 2011).

O controle social das organizações públicas pode ocorrer de duas maneiras: de baixo para cima, quando a sociedade se organiza politicamente para controlar ou influenciar instituições sobre as quais não se tem poder formal; ou de cima para baixo, quando é exercido formalmente por conselhos de instituições públicas não estatais (BRESSER-PEREIRA, 2002).

Na visão de Martins (1989), a importância do controle para a sociedade e o Estado brasileiro é latente, ele atua na garantia de direitos. Pode-se classificar o controle social a partir de quatro grandes categorias distribuídas por dois grupos: controles exercidos pelo Estado sobre si e sobre a sociedade "representados, entre outros, pelos Ministérios Públicos, Tribunais de Contas e Controladorias. E controles exercidos pela sociedade sobre si e sobre o Estado" caso dos conselhos gestores, sindicatos, associações.

Os mecanismos de controle social são tão importantes que foram garantidos na Constituição no inciso LXXIII do art.5º:

Qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência (CF, 1988).

Esse fragmento constitucional demonstra que o cidadão pode, a qualquer tempo, influir na gestão pública, não se limitando à participação eleitoral. Assim, o foco do constituinte foi de aproximar o governo e o cidadão com o objetivo de atender os anseios da sociedade e contribuir na fiscalização nas contas da administração pública. A Constituição de 1988 foi um divisor de águas em nossa história da cidadania, pois ela inaugura o conceito de cidadania ativa, dando partida no processo de combate ao clientelismo, o patrimonialismo e as impunidades (LOPES, 2008).

Com esse instrumento, os cidadãos ganham a oportunidade de observar os trabalhos realizados pela administração estatal e analisar se os governantes estão agindo em função do interesse da coletividade. Uma das formas de se executar o controle social é através dos conselhos gestores, como veremos a seguir.

Conselhos Gestores de Políticas Públicas em Saúde

Ainda que os conselhos de políticas públicas tenham sido instituídos no Brasil no final da década de 1980, os conselhos já existiam em outros contextos. Eles foram concebidos como mecanismos de colaboração, pensados como possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder (GOHN, 2001; LIMA, 2014).

Gohn (2006, p. 07) diferencia:

Os conselhos gestores são diferentes dos conselhos comunitários, populares ou dos fóruns civis não governamentais, porque estes últimos são compostos exclusivamente de representantes da sociedade civil, cujo poder reside na força da mobilização e da pressão, e não possuem assento institucional junto ao Poder Público. Os conselhos gestores são diferentes também dos conselhos de “notáveis”, que já existiam nas esferas públicas no passado, compostos exclusivamente por especialistas.

Cunha (2007, p. 02) define:

Os conselhos de políticas são estruturas político-institucionais permanentes criados por meio de legislações específicas, nos três níveis de governo, sendo vinculados à estrutura administrativa do Estado. São compostos por representantes de organizações da sociedade civil e do governo, sendo que alguns deles têm paridade numérica. Chama atenção que, para além da participação prevista no texto constitucional, as leis que regulamentaram essa participação estabeleceram que os conselhos tivessem natureza deliberativa, ou seja, deveriam decidir os parâmetros das políticas públicas com a qual estão relacionados e controlar a ação do Estado decorrente dessas deliberações.

Para Gohn (2011), apesar de a legislação incluir os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa e constituir os conselhos como novos atores deliberativos e paritários, vários pareceres oficiais têm apontado o caráter apenas consultivo dos conselhos, reduzindo-os ao campo da opinião e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação, além disso, nos municípios sem tradição organizativa associativa, os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, não atendendo minimamente aos objetivos de serem mecanismos de controle e fiscalização do poder público.

Não obstante, cabe salientar que a institucionalização dos conselhos e sua disseminação pelos municípios brasileiros os tornaram importantes instrumentos à disposição da sociedade para o exercício do controle, a existência deles foi concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, demonstrando que as políticas públicas ganharam centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudança social (GOMES, 2003; GONH, 2006).

A área da Saúde foi precursora no processo de institucionalização dos conselhos gestores no Brasil, o primeiro Conselho Nacional de Saúde - CNS surgiu há quase oitenta anos, mais precisamente 1937 pela lei nº 378, seus membros eram indicados pelo Ministro de Estado e debatiam apenas questões internas. Na década de 70 a atuação do CNS foi ampliada, o foco dos debates passa a ser a promoção, proteção e recuperação da saúde, no mesmo período iniciou o movimento de reforma sanitária, grupo responsável por discussões importantes como integralidade, descentralização e a universalização do acesso à saúde. O fortalecimento da relação da saúde com a democracia está nas raízes nesse movimento (CNS, 2016).

Reforma sanitária foi a nomenclatura usada para fazer referência ao conjunto de ideias relacionadas às mudanças necessárias na área da saúde naquela época. Essas mudanças não envolviam apenas o sistema, mas todo o campo da saúde. Em busca da melhoria das condições

de vida da população, diversas classes profissionais e a sociedade civil se envolveram em estudos e discussões políticas sobre a situação da saúde no Brasil (ALMEIDA, 2011; FIOCRUZ, 2016).

Este processo culminou na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final recomendava, entre vários pontos, que houvesse a reformulação do Conselho Nacional de Saúde, que deveria ter composição mista, com membros do Estado e atores da sociedade civil, essa e outras reivindicações maduraram e serviram como argumento para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". As propostas da Reforma Sanitária resultaram, por fim, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a CF de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Participação e Controle Social (ALMEIDA, 2011; CNS, 2016).

A atuação dos conselhos gestores tal qual se conhece na atualidade relaciona-se demasiado com as lutas da Reforma Sanitarista e essas ideias da área da saúde se propagaram e entusiasmaram diversas outras áreas de políticas públicas, que foram inseridas na Constituição Federal de 1988 como direitos dos cidadãos brasileiros (ALMEIDA, 2011; FIOCRUZ, 2016).

Observa-se na linha do tempo pós promulgação da constituinte de 88 como as legislações aplicadas à saúde amadureceram os mecanismos de participação e controle social, conforme quadro 1 sintetiza:

Quadro 1 - Legislações aplicadas à Saúde e Controle Social.

| LEGISLAÇÃO | SÍNTESE |
|--|--|
| Constituição Federal de 05/10/1988. | Trata do Direito à Saúde (artigos 196 a 200). |
| Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000. | Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. |
| Lei Complementar n.º 141, de janeiro de 2012. | Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. |
| Lei nº 8.080, de 19/09/1990. | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. |
| Lei nº 8.142, de 28/12/1990. | Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. |
| Lei nº 9.836, de 23/09/1999 – Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. |
| Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, do CNS. | Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da pesquisa documental (2018).

O estabelecimento da Participação/Controle Social previsto no texto constitucional demonstrava a preocupação em fortalecer as representações populares no planejamento e acompanhamento das ações governamentais, cabe destacar fragmentos importantes que sustentam essa afirmação:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - **Participação da comunidade** (Brasil, 1988. Grifo nosso).

Com passar do tempo, a CF de 88 foi revista e regulamentada por outras leis que trilharam os caminhos da participação/controle social no SUS, conforme demonstra historicamente o quadro 3. Destaca-se, na lei nº 8.080, de 19/09/1990, os pontos:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem **acesso universal** e **igualitário** às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (...)

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes **princípios**:

VIII - participação da comunidade (...)

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do **nível local até o federal**, ouvidos seus **órgãos deliberativos**, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (...).

Art. 37. O **Conselho Nacional de Saúde** estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (Brasil, 1990. Grifo nosso).

Kronemberger, Medeiros e Dias (2016) afirmam que mesmo com os visíveis avanços apresentados pela lei nº 8.080, de 19/09/1990, muitos artigos referentes à participação/control social haviam sido vetados pelo então presidente da república Fernando Collor, porém, ainda em 28 de dezembro de 1990, foi publicada a lei nº 8.142 que garantindo estruturas anteriormente excluídas, a saber:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com **as seguintes instâncias colegiadas:**

I - A Conferência de Saúde; e

II - O Conselho de Saúde (...)

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O **Conselho de Saúde**, em **caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários**, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (...)

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será **paritária** em relação ao conjunto dos demais segmentos (...)

Art. 4º **Para receberem os recursos**, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal **deverão contar com:**

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária

(...)

(BRASIL, 1990. Grifo nosso).

Em síntese, pode-se definir que Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas caráter permanente e deliberativo, composta paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Kronemberger, Medeiros e Dias (2016) explicam os termos, colegiado diz respeito a um grupo de pessoas que se reúne em torno de um objetivo em comum e por meio de consenso nas discussões decidem sobre as propostas; permanente no sentido dos conselhos de saúde não poderem ser extintos por leis municipais ou estaduais, só leis editadas em nível federal teriam tal faculdade, o que oferece segurança de atuação aos conselheiros; deliberativo significa o poder de decisão sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas.

Respeitando além das legislações vigentes, as estruturas dos conselhos seguem as orientações da Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, do CNS. Essa elucida que a

composição dos conselhos atenderá a dois critérios: o da paridade e o da representatividade.

Sobre paridade, o CNS (2016) esclarece que o percentual de conselheiros que representam os usuários dos serviços de saúde (50%) deve ser idêntico ao percentual de conselheiros que representam outros segmentos da sociedade (50%); já por representatividade entende-se que o conselho tem de representar toda a sociedade para isso cada conselheiro deve atuar como interlocutor de um segmento específico.

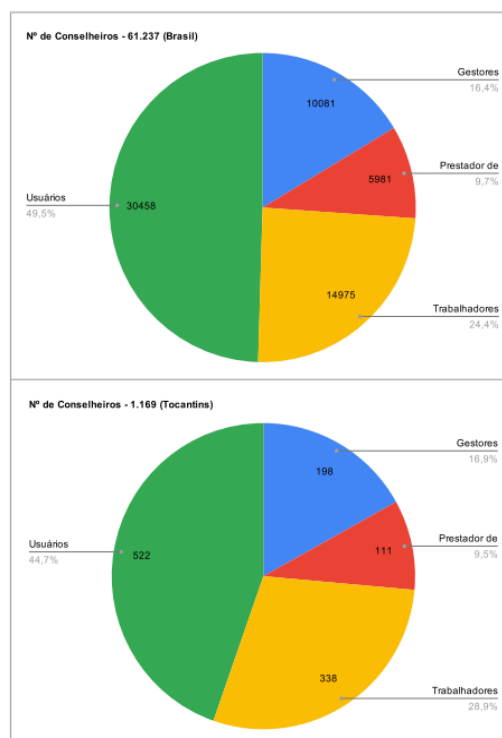
Dessa forma, os usuários do SUS são representados por entidades e movimentos sociais; os profissionais de saúde são representados pelas entidades de profissionais de saúde (sindicados, conselhos profissionais, etc.), incluída a comunidade científica; o governo se faz representar por profissionais que atuam junto ao gestor e por ele são indicados; e os prestadores de serviço são representados por instituições prestadoras de serviços de saúde e de entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde.

Em pesquisa sobre o perfil dos conselheiros de políticas públicas, o Ipea (2013) relata o reconhecimento, por parte dos conselheiros, da importância dos conselhos enquanto espaço de diálogo entre sociedade e esfera pública, para eles a própria existência do conselho já é uma conquista democrática que fortalece a participação e o controle social. Além disso, observou-se que, mesmo representando entidades, aparentemente os conselheiros constroem as decisões baseado no interesse da coletividade e, geralmente, eles também participam de outros espaços participativos.

No ano 2018, segundo o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – Siacs, estavam ativos 5.631 conselhos de políticas públicas de saúde, entre municipais, estaduais, distritais e de saúde indígena. Esses devidamente cadastrados junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde.

O gráfico 1 mostra que o Brasil tem o total de 61.237 conselheiros de saúde e o Tocantins 1.169. Observa-se, também, que tanto em nível nacional e quanto local não há a paridade prevista em lei.

Gráfico 1. Conselheiros de Saúde



Fonte: Dados tabulados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (2017).

Já tabela 1 apresenta um recorte de dados do Siacs que demonstra, minimamente, a situação legalística dos conselhos de saúde no Brasil, na região Norte e no Estado do Tocantins. Percebe-se que, mesmo formalmente instalados em quase todo território nacional, os conselhos de saúde têm alguns desafios. Nem todos foram institucionalizados via lei, alguns estão vulneráveis a instrumentos juridicamente frágeis – como são os decretos e portarias, e ainda há muitos que não apresentam paridade ou paridade ideal.

Tabela 1. Conselhos de Saúde

| Conselhos de Saúde | Cadastro Siacs | Instrumento | Paritário 50-25-25 | Paritário 50-50 | Não paritário | Não Informado | Total | |
|--------------------|----------------|-------------|--------------------|-----------------|---------------|---------------|-------|------|
| Brasil | 5631 | 4539 | 0 | 3227 | 620 | 430 | 67 | 4344 |
| | 5631 | 4539 | 0 | 93 | 24 | 18 | 4 | 139 |
| | 5631 | 4539 | 0 | 36 | 12 | 8 | 0 | 56 |
| Norte | 457 | 351 | 0 | 264 | 22 | 37 | 10 | 333 |
| | 457 | 351 | 0 | 13 | 2 | 2 | 0 | 17 |
| | 457 | 351 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| TO | 140 | 92 | 0 | 62 | 9 | 12 | 6 | 89 |
| | 140 | 92 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | 140 | 92 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Fonte: Dados tabulados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (2018).

Na tabela 2, outros aspectos relevantes são apresentados: a autonomia física (ter sede própria), a financeira (ter dotação orçamentária própria) e a educação permanente do conselho. No âmbito nacional, a realidade está longe do idealizado, 70% não tem local fixo para realizar os trabalhos e 63% não tem recurso financeiro próprio.

Essa realidade faz com que ainda haja muito intervenção política dentro dos conselhos, pois as atividades de planejamento e fiscalização ficam dependentes de local e recursos vindouros dos próprios fiscalizados. A falta de capacitação também precariza o trabalho do conselheiro, visto que, boa parte deles é apenas usuário do sistema, sem conhecimentos mais aprofundados sobre administração pública.

Tabela 2. Dados Siacs

| Conselhos de Saúde | Cadastro Siacs | Sede Própria | | | Dotação Orçamentária própria | | | Capacitação para os conselheiros | | | |
|--------------------|----------------|--------------|------|------|------------------------------|------|------|----------------------------------|------|------|-----|
| | | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I | |
| Brasil | 5631 | 4539 | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I |
| | 5631 | 4539 | 1332 | 3184 | 23 | 1653 | 2860 | 26 | 2750 | 1766 | 23 |
| | 5631 | 4539 | 29% | 70% | 1% | 36% | 63% | 1% | 61% | 39% | 1% |
| TO | 140 | 92 | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I | Sim | Não | N/I |
| | 140 | 92 | 44 | 47 | 1 | 40 | 51 | 1 | 52 | 39 | 1 |
| | 140 | 92 | 48% | 51% | 1% | 43% | 55% | 1% | 57% | 42% | 1% |

Fonte: Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (2018).

Além disso, muitos conselheiros denunciam o envolvimento acentuado do poder público nas reuniões do conselho, seja por meio dos seus representantes, seja por meio da participação do ministro ou secretário de governo, que é, muitas vezes, o presidente do espaço. Outro fator apontado seria a visibilidade das atividades do conselho, melhorando esse ponto seria possível que outros cidadãos e organizações que não estão presentes nesse espaço possam acompanhar os trabalhos (IPEA, 2013).

Analisando especificamente o caso do Tocantins os dados são mais otimistas, 97% dos conselhos de saúde do Estado foram instituídos através de lei municipal e, comparado a média nacional, o Estado tem quase 20% a mais de sedes próprias. Já gargalo fica por conta da capacitação dos conselheiros, que está próxima do indicador nacional e tem margem considerável para melhora, pois 40% dos conselhos dizem ainda não ter acesso à capacitação.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre desenvolvimento local e o controle social desempenhado pelos conselhos de saúde, verificando como esses conselhos estão institucionalizados e estruturados, no âmbito federal e no estadual, mais especificamente no Estado do Tocantins.

Após revisão da literatura, notou-se nas falas dos autores que o controle social consiste em uma fiscalização que vem do povo em benefício do povo, sendo uma grande conquista da nossa sociedade moderna, que oportuniza o cidadão avaliar se os governantes estão atuando de acordo com os interesses da coletividade e que cria novos mecanismos com poder de deliberação sobre políticas públicas, como é o caso dos conselhos gestores.

Os conselhos gestores, por sua vez, agem como uma ferramenta de apoio institucional, com muitas possibilidades de uso, e que ganharam centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudança social.

Com os dados disponibilizados pelo Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – Siacs, pode-se afirmar que os conselhos gestores de saúde estão consolidados enquanto política pública no Brasil, porém há muita margem para melhoria. Faz-se necessário focar na regulamentação do conselho por lei municipais e na paridade dos colegiados e, principalmente, fomentar a autonomia física (ter sede própria), a financeira (ter dotação orçamentária própria) e a educação permanente dos conselheiros.

Enfim, pode-se inferir após a conclusão da pesquisa que a institucionalização dos conselhos e sua disseminação pelos municípios brasileiros os tornaram importantes instrumentos à disposição da sociedade para o exercício do controle social sobre as políticas públicas. E que essa participação é um marco para efetivo exercício da cidadania, aprimoramento da participação dos múltiplos atores sociais envolvidos e promovendo o desenvolvimento local.

Referências

ABREU, M. A. A. Representação de interesses nos conselhos nacionais de políticas públicas. In: SILVA, F.S.; LOPEZ, F. G.; PIRES, R. R. C. (Org.). **Estado, instituições e democracia** - Projeto Perspectivas do Desenvolvimento Brasileiro. Brasília: Ipea, 2010. cap.08, p. 259 – 254.

ALMEIDA, Débora Cristina Rezende de (Org.). **Participação e Controle Social na Saúde**. Belo Horizonte: Ufmg, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11451/689> Acesso em: 05 set. 2016.

AVRITZER, L. **Participatory Institutions in Democratic Brazil**. John Hopkins University Press, Baltimore, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto de 5 de outubro de 1988 e alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 55/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos a 6/1994.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (**Lei Orgânica da Saúde**). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Desenvolvimento e crise no Brasil**. São Paulo, Editora 34, 2002.

CANÇADO, A. C.; SAUSEN, J. O; VILLELA, L. E.; Gestão Social versus Gestão Estratégica. In: TENÓRIO, F. G. (org.). **Gestão Social e Gestão Estratégica: experiências em desenvolvimento territorial**. 1ed.Rio de Janeiro: FGV, 2013, v. 2, pp. 15-99.

Conselho Nacional de Saúde (Org.). **História do CNS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU) **Cartilha de olho vivo no dinheiro público**. Brasília, 2008.

CUNHA, Eleonora S. M. 2007. A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde e de criança e adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, Leonardo (org.). **Participação social no Nordeste**. Belo Horizonte, Editora UFMG.

CUNHA, Luiz Antônio. **Educação, estado e democracia no Brasil**. São Paulo: Editora da UFF; Brasília: Ed. Flacso do Brasil, 2003.

GOHN, M. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: **Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores**. Buenos Aires: CLACSO, 2001.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores e gestão pública. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 42, n. 1, p. 5-11, jan. /abr. 2006.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. São Paulo: EAESP/FGV, 2013, 110 p. (Dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Governo Local e Sociedade Civil).

KRONEMBERGER, Thais Soares; MEDEIROS, Amanda Cristina; DIAS, Anderson Felisberto. Conselhos Municipais: Institucionalização e Funcionamento In: TENÓRIO, Fernando Guilherme; KRONEMBERGER, Thais Soares (Org.). **Gestão Social e Conselhos Gestores**. 1. ed. Rio de Janeiro – RJ: Ebape, 2016. cap. 6, p. 152-182. v. 3.

LIMA, Priscila Gualberto de. O desenho institucional e as instituições participativas: conselhos gestores de políticas públicas e orçamentos participativos. **Revista contraponto**, Porto alegre, v. 1, n. 1, p. 109-127, jan. /jul. 2014.

LOPES, Luís Sérgio de Oliveira. **Ética e Cidadania - Curso de Especialização em Educação Fiscal e Cidadania**. Brasília: Escola de Administração Fazendária - ESAF, 2008.

Recebido em 31 de maio de 2020.

Aceito em 26 de junho de 2020.