



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES – CEAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, SOCIEDADE
E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL – PPGDSCI**

LARA SILVA LARANJA

**FEDERALISMO TRIDIMENSIONAL:
GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS – DELIBERAÇÃO E DEMOCRACIA NAS
CIBS E CIT COMO INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

BRASÍLIA, DF

2018

LARA SILVA LARANJA

**FEDERALISMO TRIDIMENSIONAL:
GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS – DELIBERAÇÃO E DEMOCRACIA NAS
CIBS E CIT COMO INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional – PPGDSCI – do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM –, da Universidade de Brasília – UnB.

Área de Concentração: Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Políticas Públicas

Área Temática: Políticas e gestão pública para o desenvolvimento

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Magda de Lima Lúcio

BRASÍLIA, DF

2018

LARA SILVA LARANJA

**FEDERALISMO TRIDIMENSIONAL:
GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS – DELIBERAÇÃO E DEMOCRACIA NAS
CIBS E CIT COMO INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestra em Desenvolvimento,
Sociedade e Cooperação Internacional.

Brasília, 21 de março de 2018.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Magda de Lima Lúcio
Orientadora – Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Rosana de Freitas Boullosa
Examinador Externo – Universidade Federal da Bahia / Universidade de Brasília

Prof. Dr. Luiz Fernando Macedo Bessa
Examinador Interno – Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Fernanda Natasha Bravo Cruz
Examinador Suplente – Universidade de Brasília

Lf Laranja, Lara Silva
Federalismo tridimensional: gestão participativa do SUS
deliberação e democracia nas CIBs e CIT como instrumentos
de gestão / Lara Silva Laranja; orientador Magda de Lima
Lúcio. -- Brasília, 2018.
188 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Desenvolvimento,
Sociedade e Cooperação Internacional) -- Universidade de
Brasília, 2018.

1. Federalismo. 2. Gestão Participativa. 3. Instrumento
de ação pública. 4. SUS. I. Lúcio, Magda de Lima, orient.
II. Título.

*À minha guerreira contemporânea,
esta amazona voraz que busca justiça,
Sandra Nara, minha mãe.*

AGRADECIMENTOS

A trajetória da escrita de um trabalho é paradoxalmente solitária e colaborativa. Solitária pois a concepção do seu projeto, juntamente com a sua construção, depende única e exclusivamente do autor. Colaborativa já que é impossível passar por todo esse processo sozinho.

Nestes últimos tempos, surgiram diversos trabalhos sobre a saúde mental do pós-graduando, voltado para mestrados e doutorando. E não é fácil: ler os relatos fez com que eu me identificasse de certa forma com cada um deles, principalmente do que é chamado de síndrome do impostor. É muito estranho desenvolver o sentimento atribuído a essa ideia, mas se parece como sempre achar que você está ali por alguma obra divina que não é o seu mérito, e que algum dia vão descobrir que você é uma fraude e que cometeram um grave engano. Claro que essa construção é falaciosa, mas é muito difícil de explicar para o seu cérebro carcomido por prazos, cobranças e CAPES que você é um ser humano muito capaz de passar por tudo isso com mérito e sem enlouquecer. Isso só é possível se o pós-graduando tem uma rede de apoio sensacional como a que eu tive. E esses agradecimentos se destinam justamente a esses seres maravilhosos (coloco seres pois pixel, o gatinho mais especial de todos os tempos, também consta nesta lista).

Um aspecto interessante da construção destes agradecimentos e do processo que foi este mestrado é a importância das mulheres na minha vida. É muito incrível a percepção de quantas mulheres fantásticas me rodeiam e como elas não percebem a sua força. São mulheres que fazem o dobro o tempo todo e que são reconhecidas só pela metade. Mulheres com histórias únicas e cheias de obstáculos, mas que superaram tudo e que já estão prontas para essa batalha silenciosa que é existir em um mundo que dá poder cada vez mais a autoridades misóginas. Sério, mulheres, vocês não sabem a inspiração que são para o prosseguir da caminhada.

Primeiramente meus sinceros agradecimentos ao meu núcleo doméstico. A minha mãe, esse ser humano fantástico, que me dá apoio para prosseguir esta empreitada pelo mundo acadêmico. Muito obrigada pelo aporte, pelo suporte e pela compreensão. À minha família como um todo, que sempre me impulsiona para a realização dos meus sonhos. Agradeço a Pixel também, o meu magrelo doidão, ronronador das horas certas. Pixelzinho

funciona como um curador doméstico, acompanhando a gente principalmente nos momentos de tristeza. Que bom que cruzaste nosso caminho...

A Elnatan Bernardo, meu namorado, por todo o apoio do mundo. Por entender a dificuldade da trajetória e me acalmar nos momentos mais cruciais. Isso não seria possível sem o seu amor e suporte. Muito obrigada, gatinho.

Às minhas amigas de uma vida toda. Nathalia, Eli, Maria Luisa, Drielli, Leila. Obrigada pela compreensão. Camilla, obrigada por todas as terapias acadêmicas que tivemos nesses anos. Lays Caroline, obrigada por ser quase meu padre confessional semanal. Muito obrigada por manterem minha sanidade mental.

Os agradecimentos envolvendo o PPGDSCI são infinitos...

Aos amigos de área Pedro (meu companheiro de cafés no fim da noite), Lucas (meu companheiro de bons drinks e rodas de conversa) e Jorge (meu companheiro de orientação, que partilhou comigo as angústias da pós-graduação). Aos professores queridos que fizeram expandir o meu campo de visão, promovendo este entrelace só possível na área interdisciplinar. Aos amados da Secretaria André e Zeilha, que sempre estiveram dispostos a resolver os problemas burocráticos. À atual coordenadora, Fátima Makiuchi. À Professora Doriana Daroit, uma pessoa extraordinária que pude compartilhar essa experiência, e que sempre me deu uma luz pelos caminhos escolhidos. Às pessoas que tive a oportunidade de conhecer graças à esse tempo no mestrado: Cristiana Ramalho, Luciana Guedes, Fernanda Natasha, Janaína Peres, Renata Gadioli, Urânia Flores... Cada café tomado significou bastante para a construção deste trabalho.

Por falar em café, não posso deixar de agradecer às pessoas que trabalham em três cafés específicos em que passei grande parte do meu tempo de estudos: Frans Café, da Asa Norte e do Sudoeste, e em especial o Repubblica Anticafé, que me abasteceu de cafés duplos até o último momento.

Aos examinadores da banca de defesa de projeto, Doriana Daroit, André Bonifácio Carvalho e Rosana Boullosa, que contribuíram significativamente à construção final deste trabalho.

E por fim, mas de suma importância, à minha orientadora Magda de Lima Lúcio, que aceitou este desafio de me orientar. Obrigada por ser minha mentora nesta vida acadêmica. Obrigada pelas dicas e conselhos. Obrigada por tudo.

*Não me ajeito com os padres, os críticos e os canudinhos de refresco:
não há nada que substitua o sabor da comunicação direta.*

Mário Quintana

*A cooperação azeita a máquina de concretização das coisas,
e a partilha é capaz de compensar aquilo que acaso nos
falte individualmente. A cooperação está embutida em nossos genes,
mas não pode ficar presa a comportamentos rotineiros;
precisa desenvolver-se e ser aprofundada.
O que se aplica particularmente quando lidamos com pessoas
diferentes de nós; com elas, a cooperação torna-se um grande esforço.*

Richard Sennett

*A ambição da ciência não é abrir a porta do saber infinito,
mas pôr um limite ao erro infinito.*

Bertold Brecht

RESUMO

As teorias modernas acerca do federalismo já não conseguem compreender o fenômeno que ocorre nos países que adotam este arranjo na contemporaneidade. A construção de modelos assimétricos e cooperativos e amplamente descentralizados são fundamentais para o fortalecimento da democracia nos Estados. No caso brasileiro, a instituição de um federalismo tridimensional, que dota União, Estados e Municípios com autonomia garantida constitucionalmente é fundamental para a difusão de uma rede transversal e participativa de articulação interfederativa. No contexto da Administração Pública, é inegável o número crescente de mecanismos participativos e de instâncias que promovem a gestão participativa, seja ela direta ou indireta. No caso da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão é instituída de forma descentralizada e participativa, com a previsão de espaços de negociação e pactuação que tratam de gestão. Neste âmbito, as Comissões Intergestores, tanto Bipartites como Tripartite, atuam principalmente na operacionalização da gestão do SUS, dentro de suas competências. Neste trabalho, procura-se entender a capacidade deliberativa e democrática das Comissões Intergestores a partir da possibilidade de transformação de suas pactuações em instrumento normativo no ano de 2016.

Palavras-chave: federalismo; descentralização; gestão participativa; SUS; instrumentação da ação pública.

ABSTRACT

Modern theories about federalism no longer understand the phenomenon that occurs in countries that adopted this arrangement in the contemporary world. The construction of asymmetric, cooperative and widely decentralized models is fundamental for the strengthening of democracy in the States. In the Brazilian case, the institution of a three-dimensional federalism, which endows the Union, States and Municipalities with constitutionally guaranteed autonomy is fundamental for the diffusion of transverse and participatory network of interfederativa articulation. In the context of Public Administration, the increasing number of participatory mechanisms and instances that promote participatory management of Brazilian Unified Healthy System (SUS), management is instituted in a decentralizes and participatory manner, with the provision of negotiations and agreement spaces that deal with management. In this context, the Inter-Manager Committees, in a federal and statual level (CIT and CIB), act manly in the operationalization of SUS management, within their competencies. This paper seeks to understand the deliberative and democratic capacity of the Inter-manager Commissions, based on the possibility of transforming their agreements into a normative instrument in the year of 2016.

Keywords: federalism; decentralization; participative management; SUS (Brazilian Unified Healthy System); public action instrumentation.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - O Pentágono das Políticas Públicas.....	24
Figura 2 - A relação entre União e Estados no Federalismo Dual e no Federalismo Cooperativo	34
Figura 3 - Competência dos entes federados pela perspectiva territorial	53
Figura 4 - Hierarquia dos instrumentos normativos no ordenamento jurídico brasileiro	56
Figura 5 - Possibilidades de articulação interfederativa no Brasil	79
Figura 6 - Formulação de políticas e participação na ação pública.....	92
Figura 7 - Escala de cores das instâncias colegiadas deliberativas do SUS em função da participação.....	100
Figura 8 - Organização da CIT	113
Gráfico 1 - Quantidade de resoluções ou deliberações das CIBs estaduais e do Colegiado de Gestão do DF emitidas em 2016.....	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de instrumentos de ação pública	25
Quadro 2 - Formas de representação na política contemporânea.....	69
Quadro 3 - As Conferências Nacionais de Saúde e seus temas.....	87
Quadro 4 - Calendário de reuniões das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites - 2016	105
Quadro 5 - Relação das páginas das CIBs ou da Secretaria de Saúde de cada Estado.....	107
Quadro 6 - Disponibilidade dos dados encontrados sobre as reuniões das CIBs estaduais e do Colegiado de Gestão do DF realizadas no ano de 2016.....	109
Quadro 7 - Resoluções da CIT em 2016.....	112

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADCT	Ato de Disposições Constitucionais Transitórias
ANT	Actor-Network Theory (Teoria Ator-Rede)
CF	Constituição Federal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
Cira	Comissão Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
Dagep	Departamento de Gestão Participativa
DenaSUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Demags	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DF	Distrito Federal
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
Doges	Departamento de Nacional de Ouvidoria
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPs	Instituições Participativas
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPAS	Ministério da Previdência Social e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
SARG-SUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TSE	Tribunal Superior Eleitoral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 ELEMENTOS DE PESQUISA: DA IDEIA À EXECUÇÃO.....	20
1.1 Justificativa	20
1.2 Pergunta de pesquisa	21
1.3.1 Objetivo geral.....	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 Percurso metodológico	22
1.5 Organização da Dissertação.....	27
2 FEDERALISMO E FEDERALISMOS	29
2.1 Construção histórica	32
2.2 Vertentes clássicas do federalismo moderno.....	33
2.2.1 Federalismo liberal.....	35
2.2.2 Federalismo cooperativo.....	36
2.3 Federalismo contemporâneo: novos elementos	37
2.3.1 Cooperação: um elemento chave.....	40
2.4 Federalismo brasileiro: uma perspectiva histórica.....	43
2.5 Federalismo tridimensional brasileiro: colocações da Constituição Federal de 1988.....	46
2.5.1 O Município: espaço de realização de direitos	50
2.6 Entendendo as leis e sua hierarquia	52
3 O PODER QUE EMANA DO POVO: INSTRUMENTOS, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO.....	59
3.1 Ação Pública e Instrumentos de Gestão	63
3.2 Participação, deliberação e democracia	67
3.3 Participação e gestão participativa no Brasil.....	71
3.4 O Município na rede de gestão participativa e de articulação interfederativa..	77
4 DA VISIBILIDADE DA GESTÃO NOS DIREITOS: O CASO DA SAÚDE	81
4.1 O direito à saúde no Brasil: uma perspectiva histórica	83
4.1.1 A evolução do Sistema de Saúde Brasileiro a partir das Conferências Nacionais de Saúde	84
4.2 A atual estrutura do SUS: a descentralização e a participação como elementos chaves	89
5 A CAPACIDADE DELIBERATIVA DOS ESPAÇOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA: UM DIAGNÓSTICO INICIAL	98
5.1 Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites: espaços de gestão participativa	102

5.1.1 As Comissões Intergestores Bipartites	106
5.1.2 A Comissão Intergestores Tripartite.....	111
5.2 Discutindo a capacidade deliberativa.....	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXO I.....	130
ANEXO II	137
ANEXO III.....	139
ANEXO IV	146
ANEXO V.....	153
ANEXO VI.....	156
ANEXO VII.....	173
ANEXO VIII	183

INTRODUÇÃO

A chegada de um novo milênio despertou novos interesses para a perspectiva mundial. Hoje, a preocupação com o indivíduo, da proteção da esfera dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana retoma a discussão do coletivo na promoção do desenvolvimento.

Neste sentido, ressalta-se a importância do estudo da gestão pública e das atribuições do Estado, uma vez que “*o Estado se diferencia das demais instituições por realizar direitos na forma de serviços*” (LUCIO et al, 2015, p. 152). De acordo com a Teoria Geral do Estado, são elementos constitutivos de um Estado o povo, a soberania e o território.

Nesta linha, seguindo-se uma abordagem jurídica, é inquestionável que a Constituição é o texto normativo mais importante de uma Nação. É a Constituição que delimita em linhas gerais os princípios e diretrizes de um Estado, protagonizando, também, a sua forma de realização de direitos em serviços. Já no início do texto constitucional brasileiro atual, tem-se a denominação da República Federativa do Brasil, um Estado Democrático de Direito federado, constituído por Estados, Municípios e o Distrito Federal.

De fato, a forma organizacional brasileira não foi muito diversa da atual estruturação. A segmentação territorial passou de capitânicas hereditárias para Estados e Municípios, que são juridicamente previstos desde a independência, com a Constituição de 1824. Aliás, é desde esta Constituição que se adotou a forma federativa de Estado, que surge no Estado moderno desde a construção dos Estados Unidos da América.

Voltando para a atual Constituição Cidadã brasileira, de 1988, é inegável a sua capacidade inovativa ao instaurar no país um tipo de federalismo, que nesta pesquisa construiremos como categoria – federalismo tridimensional¹. Este considera União, Estados, Municípios e o Distrito Federal como entes federados, dotados de autonomia política.

A importância do federalismo se encontra na construção da relação entre governantes e governados, impactando diretamente na construção da estrutura estatal e, consequentemente, nos aspectos de gestão e de implementação das políticas públicas.

¹ A primeira utilização do termo conhecida é do jurista brasileiro Paulo Bonavides (2010), que atribuiu o termo federalismo tridimensional à estrutura em três níveis.

No âmbito desta pesquisa, considera-se que a escolha em se adotar o Município como ente federado é condição indispensável para a promoção da participação popular como mecanismo democrático, voltando a construção de políticas destinadas às características locais do município ou da região, considerando prioritariamente as necessidades da população local.

Da mesma forma, a descentralização da autonomia através da emancipação do Município como ente federado tem influência direta na promoção da redução das desigualdades e do desenvolvimento regional, uma vez que a dinâmica das articulações federativas é ampliada e as discussões são mais focalizadas.

A partir desta construção sobre federalismo tridimensional, como promotor do elo entre sociedade civil e Estado, observa-se a implementação da gestão participativa, produto da era democrática brasileira depois dos anos de ditadura militar.

Destaca-se, ainda, duas ideias norteadoras deste trabalho: a ideia de federalismo como promotor da diversidade na unidade (BERNARDES, 2010); e a ideia de cooperação como fundamental para o funcionamento do federalismo (SILVEIRA, 2007).

Retomando a ideia da Constituição como texto normativo máximo de um Estado, tem-se que a Lei tenta promover em distintos momentos a construção da gestão participativa e da participação social, destacadamente na construção das políticas sociais. Já que a gestão do Estado trata de realizar direitos na forma de serviços, é pertinente a participação dos destinatários na construção, implementação e avaliação das políticas.

A implementação de Conselhos, Conferências, Comissões e afins para debater principalmente as políticas sociais encontra grande respaldo para os defensores da democracia. Aliás, é imperativo destacar que a democracia participativa e a democracia deliberativa ganham cada vez mais terreno num cenário de crise da democracia representativa tradicional, caso encontrado na política brasileira.

A gestão participativa pode ser encontrada nas três esferas federativas brasileiras, expressando nos municípios o seu principal sucesso. Experiência como os Conselhos e os Orçamentos Participativos são vistos como exitosos em Municípios de diversas regiões brasileiras. No âmbito federal, é notória a influência das Conferências Nacionais para o debate das diretrizes que norteiam as políticas sociais a que são referentes.

Considerando-se o texto constitucional, percebe-se que a participação popular é elemento chave na construção de diversos organismos garantidores dos direitos do cidadão, tomando-se como exemplo saúde, educação, previdência, cultura, entre outros.

A conclusão feita é que participação popular, prevista constitucionalmente, transborda como elemento estruturante da Administração Pública nos processos de tomada de decisão, o que reveste a voz do povo com caráter deliberativo e dá robustez à gestão participativa.

O caminho linear faz com que a investigação parta das peculiaridades do federalismo brasileiro à luz da participação popular, considerando a gestão participativa um meio da articulação interfederativa. Ao contrário: a gestão participativa é o fim, um princípio que se utiliza da articulação interfederativa e da descentralização dos organismos de governo e poder como instrumento.

A partir deste princípio, é mister perceber quais os instrumentos de gestão que asseguram a gestão participativa e a dinâmica interfederativa na consolidação da participação popular.

Entendidas como instrumentos de ação pública, esses espaços participativos são uma forma encontrada de compensar o autoritarismo e a austeridade das medidas adotadas pelos governos anteriores a 1988, ampliando as formas de contato democrático entre membros da Administração Pública como um todo e os cidadãos.

Acredita-se que estes espaços possuem certa capacidade deliberativa, uma vez que conseguem influenciar, em certo grau, a formulação ou a implementação das políticas públicas a que se referem.

Desta forma, escolheu-se uma das políticas sociais mais sensíveis como serviço para a população brasileira: a saúde. Desde o texto constitucional, há a previsão da participação social como elemento constitutivo do Sistema Único de Saúde (SUS). Já na sua legislação própria, há a previsão de uma gestão de fato participativa na construção e condução das políticas de saúde.

A importância da gestão participativa se traduz, então, na construção de um meio democrático de realização de políticas públicas na área da saúde, desde a sua concepção ao seu controle social. Para garantir e acompanhar as formas de participação social na gestão do SUS, foram criados diversos mecanismos, legalmente construídos por meio de leis, decretos, portarias e regulamentos. Como as diretrizes nacionais devem ser seguidas pelos

demais entes federados, Estados, Municípios e Distrito Federal também possuem elementos que garantem a gestão participativa na deliberação das políticas de saúde.

A existência das Conferências, dos Conselhos, das Comissões Intergestores, que abrangem arranjos múltiplos com os diferentes níveis de governo, entre outros instrumentos, demonstra que existem instrumentos de participação social dentro da estrutura articular federativa brasileira.

Utilizando-se do modelo adotado pelo SUS, investiga-se a relação entre federalismo e gestão participativa, entendendo que os instrumentos de gestão participativa possuem capacidade de deliberar e gerar atos normativos que impactam as políticas de saúde.

Para tal feito, mantem-se uma abordagem jurídica do federalismo e da gestão participativa, tentando-se compreender o poder que os instrumentos de gestão possuem em se tornar instrumentos normativos como um todo, abrangendo Emendas Constitucionais, Leis Infraconstitucionais, Portarias e Resoluções.

O recorte aqui utilizado diz respeito à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS. A primeira abrange até a esfera estadual, enquanto que a segunda abrange os três níveis federativos. O aspecto temporal utilizado foi o ano de 2016.

A escolha das CIBs e das CITs não é aleatória: o que se pretendeu foi entender dentro de uma esfera completamente intragovernamental como se dá esse processo deliberativo. Esses espaços contam somente com a presença de gestores, que precisam trabalhar com cooperação para atender as demandas que são apresentadas perante o Sistema Único de Saúde. Espera-se que as discussões estabelecidas entre colegas de profissão, mesmo em diferentes entes federados autônomos, se deem de forma mais fluida que os debates promovidos entre sociedade civil e entidades governamentais.

Assim, esta pesquisa foca-se, no contexto federativo e de gestão participativa do SUS, na capacidade deliberativa das CIBs e das CITs em transformar as suas pautas e deliberações em instrumentos normativos válidos e influentes nas políticas de saúde.

1 ELEMENTOS DE PESQUISA: DA IDEIA À EXECUÇÃO

1.1 Justificativa

A democracia contemporânea encontra diversos desafios para a sua consolidação. Atualmente, é inegável a crise do modelo de democracia representativa. A possibilidade de incluir outros mecanismos de participação do cidadão na vida política foi posta desde a redação da Constituição Federal de 1988, como forma de contrapor o sistema antidemocrático anterior ao seu texto. Assim, a participação popular institucionalizada é vista como elemento derivante dos fundamentos de democracia e cidadania norteadores da Constituição Cidadã.

Um desdobramento dos governos democráticos é a adoção do federalismo como forma estruturante de governo. A existência do federalismo tem como pressuposto essencial a democracia, uma vez que a descentralização é movimento contrário ao centralismo e autoritarismo dos governos únicos tirânicos.

Entender o federalismo e a democracia são necessários para a compreensão da gestão pública, já que esta forma organizacional diz respeito à estrutura do Estado e na condução das políticas públicas. No caso brasileiro, a adoção de um federalismo tridimensional traz uma gama de peculiaridades que não são vistas em Estados federados ao redor do mundo. Além disso, cabe ressaltar que a adoção de uma terceira esfera federada é recente, não se passando os trinta anos completos desde a sua previsão na CF/88.

Assim, uma forma de consolidar os estudos que visam a manutenção e o aprimoramento da democracia é um trabalho que visa interligar as variáveis federalismo e participação na gestão, atribuindo o conceito de gestão participativa.

Ultrapassando a esfera teórica, optou-se pelo debate de federalismo e gestão participativa em uma das políticas sociais mais necessárias de proteção ao cidadão: a saúde e o Sistema Único de Saúde. Como forma embrionária de se estudar a gestão participativa, e considerando a forma estrutural do SUS, elencou-se as Comissões Intergestores como objeto de estudo, mantendo a discussão das comissões entre atores governamentais. Mensurar a cooperação e coletividade de gestores é estabelecer uma previsão de como a ação pública da saúde se comporta em uma articulação interfederativa e num plano ascendente.

1.2 Pergunta de pesquisa

Diante do modelo federativo brasileiro, aqui denominado de federalismo tridimensional, qual a capacidade deliberativa das Comissões Intergestores entendidos como instrumentos de gestão participativa do SUS para se transformar em instrumentos normativos?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é analisar a capacidade deliberativa das Comissões Intergestores entendidos como instrumentos de gestão participativa do SUS, da forma que se encontram inseridas no federalismo brasileiro, considerando potencialidade de transformar as discussões em instrumentos normativos da política de saúde.

1.3.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos, pretende-se:

- a) Compreender os modelos de federalismos existentes na história e no mundo, em destaque ao modelo federalista brasileiro, conforme suas peculiaridades, comparativamente ao federalismo liberal e cooperativo, na construção de um campo descentralizador na formulação de políticas públicas e na articulação interfederativa para o fortalecimento da democracia e da cidadania no Brasil;
- b) Aprofundar a compreensão dos procedimentos atinentes à gestão participativa no âmbito doméstico, levando em conta o federalismo tridimensional brasileiro;
- c) Entender o funcionamento do Sistema Único de Saúde a partir da sua filosofia gestonária participativa; e
- d) Analisar a capacidade deliberativa das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite durante o ano de 2016 em face o seu potencial de transformação em instrumento normativo.

1.4 Percurso metodológico

A escolha de uma metodologia adequada é parte dos desafios colocados dentro de uma pesquisa. No campo dos estudos interdisciplinares, a escolha dos tradicionais percursos metodológicos se mostra limitada. Partindo deste princípio, a proposta de Feyerabend (2007) de ir contra o método vigente e de seguir um caminho plurimetodológico se põe com uma solução a certos problemas interdisciplinares, como o caso desta pesquisa.

George Gaskell e Martin Bauer colocam que existe um entrosamento não sempre explícito entre os métodos quantitativos e os métodos qualitativos, evidenciando o “pluralismo metodológico dentro de uma pesquisa”. Afinal, “não há quantificação sem qualificação” e não há “análise estatística sem interpretação” (BAUER, GASKELL, 2002, p. 24-25).

Sobre a escolha da metodologia, discorrem os referidos autores:

Muita confusão metodológica e muitas afirmações falsas surgem da compreensão equivocada ao se fazer a distinção entre qualitativo/quantitativo na coleta e análise de dados, com princípios de delineamento experimental, empregando entrevistas em profundidade para conseguir os dados. Do mesmo modo, um delineamento de estudo de caso pode incorporar um questionário de pesquisa de levantamento, junto com técnicas observacionais, como por exemplo estudar uma corporação comercial que passa por dificuldades. (...) Defendemos a idéia de que todas as quatro dimensões devem ser vistas como escolhas relativamente independentes no processo de pesquisa e que a escolha qualitativa ou quantitativa é primariamente uma decisão sobre a geração de dados e os métodos de análise, e só secundariamente uma escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento (BAUER, GASKELL, 2002, p. 20).

Dito isso, percebe-se a prevalência de instrumentos e técnicas inseridas no reino do método quantitativo para análise e geração dos dados. Reconhece-se a baixa interatividade com a pesquisa quantitativa, que se resumiu em entender a frequência de alguns fenômenos, pois não foi reconhecida a necessidade de se explorar mais profundamente estes dados, uma vez que o seu conteúdo foi o elemento impulsionador das descobertas.

Definida a problemática da pesquisa, a revisão bibliográfica se faz obrigatória. A construção teórica permite o embasamento daquilo que se quer retratar, e é fundamental para a construção deste trabalho, o que justifica a sua parte tão extensa, distribuída por praticamente todos os capítulos que seguem.

Assim, para a construção do primeiro capítulo, foi feita um compilado de teorias contemporâneas sobre o federalismo, além da construção histórica do federalismo mundial e nacional. Depois, seguiu-se para a consolidação do entendimento de participação, e o seu

relacionamento com federalismo, que são tratados aqui como conceitos amplamente interligados entre si.

Esta dissertação almeja contribuir para os estudos relacionados à ação pública e sua instrumentação, tomando como ponto de partida o estudo sistematizado por Lascoumes e Le Galès (2012a).

A partir da análise proposta por Lascoumes e Le Galès (2012a), um dos elementos constitutivos de uma ação pública é a sua instrumentação e a sua categorização a partir de marcos legislativos.

Acerca sobre o instrumento de ação pública:

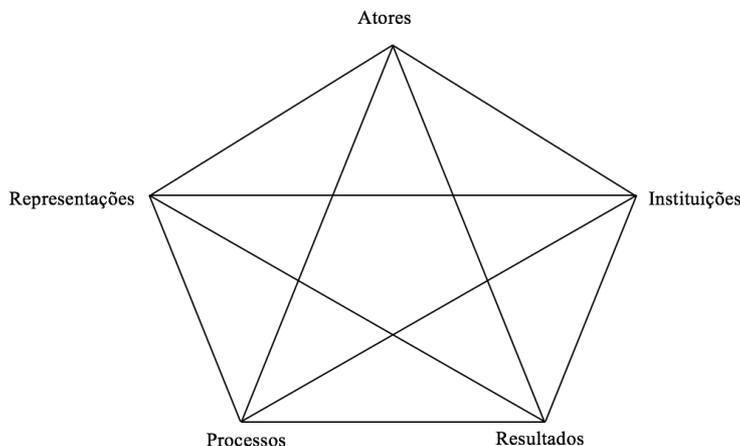
A noção de instrumento de ação pública permite encarar a ação pública através das técnicas e das práticas que estruturam as políticas. Essa escolha metodológica substitui a observação e a análise sob o ângulo de fatores pouco visíveis em relação à visão clássica e substancial das políticas públicas. Os instrumentos de ação são portadores de valores, alimentam-se de uma interpretação do social e de concepções precisas do modo de regulação esperado. O instrumento é também produtor de uma representação específica do desafio que ele enfrenta. Enfim, o instrumento induz uma problematização particular dos objetos de aplicação na medida em que hierarquiza as variáveis e pode prosseguir até induzir um sistema explicativo (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a, p. 200-201).

Nesta medida, iniciando pela abordagem de Lascoumes e Le Galès (2012a), adequa-se aqui para a constituição do objeto de análise da pesquisa o levantamento da legislação vigente no país que dispõem sobre os elementos constitutivos e objetivos da construção do SUS sob o aspecto federalista e participativo.

O objeto da pesquisa será estudado sob o ponto de vista do Pentágono das políticas públicas, um modelo de análise que permite a compreensão de cinco elementos constituintes da política pública articulada entre si: atores, representações, processos, resultados (*outputs*) e instituições (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a).

Este modelo se torna pertinente para o estudo dos elementos constitutivos do SUS por se tratar de uma conjunção de elementos que nos permite depreender a ação dos atores no processo de constituição de um Sistema que nasce no seio da sociedade civil brasileira e é implantado, no bojo do processo de redemocratização, na Constituição Federal de 1988.

Figura 1 - O Pentágono das Políticas Públicas



FONTE: LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a, p. 45. Adaptado pela autora.

A representação gráfica acima é do “*Pentágono das Políticas Públicas*, composto por cinco elementos articulados entre si (atores, representações, instituições, processos e resultados), que, juntos, permitem uma análise bem precisa da ação pública” (SARMENTO, 2012, p. 15).

A categorização que se utilizou para entender a deliberação e democracia e o seu potencial de gerar atos normativos vinculantes para a Administração Pública, e para as políticas de saúde, das Comissões Intergestores versa sobre a instrumentação da ação pública aqui explanada, pois se quer perceber a legitimidade desse processo na construção da ação pública e o seu teor vinculativo frente à Administração Pública e ao Estado.

A necessidade de planejar o desenvolvimento social em seus múltiplos aspectos, bem como a necessidade de realização de obras de engenharia de grande complexidade levou o crescimento da importância da técnica em detrimento das decisões políticas. **A legislação passa, nessa conjuntura, a ser instrumento de veiculação dessas decisões técnicas.** Não se pretende com isso afirmar que o Estado Social levou a um “Governo de Técnicos”, mas sim que **a técnica assumiu um relevante papel no Estado no momento de elaboração das políticas públicas** (CHAGAS, 2006, p. 131. GRIFO NOSSO).

Desta forma, os instrumentos podem ser compreendidos pelo quadro abaixo disponibilizado:

Quadro 1 - Tipos de instrumentos de ação pública

Tipo de instrumento	Tipo de relatório político	Tipo de legitimidade
Legislativo e regulamentar	Estado tutor do social	Imposição de um interesse geral pelos representantes mandatários eleitos ou pelos altos funcionários
Econômico e fiscal	Estado produtor de riquezas Estado redistribuidor	Procura por uma utilidade coletiva Eficácia social e econômica
Convencional e indicativo	Estado mobilizador	Busca de um engajamento direto
Informativo e comunicacional	Democracia do público	Explicação das decisões e responsabilização dos autores
Normas e <i>standarts</i> melhores práticas	Ajuste no seio da sociedade civil Mecanismos de concorrência	Misto: científico-técnico e democraticamente negociado e/ou competição, pressão dos mecanismos de mercado

FONTE: LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a, p. 204. Adaptado pela autora.

Sobressai, nesta perspectiva, o instrumento legislativo e regulamentar, ao se considerar os instrumentos normativos que são fruto das deliberações e pactuações realizadas nas instâncias colegiadas estudadas.

Para a compreensão desta capacidade deliberativa, foram escolhidas as Comissões Intergestores Bipartites e a Comissão Intergestores Tripartite, o que configura como técnica utilizada nesta dissertação o estudo de caso: “esse método supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso” (GOLDBERG, 2004, p. 33).

O caso compreende ao limite temporal de um ano, ano de 2016, por se entender tratar de período de tempo hábil para a compreensão da capacidade de transformação das negociações e pactuações em instrumentos normativos.

Para a coleta de dados, é necessário que haja um hibridismo das técnicas qualitativas para compreender os instrumentos de gestão participativa e os seus desdobramentos:

A pesquisa qualitativa envolve o estudo e a coleta de uma variedade de materiais empíricos – estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais – que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. Portanto, os pesquisadores dessa área utilizam uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas, na esperança de sempre conseguirem compreender melhor o assunto que está ao seu alcance. Entende-se,

contudo, que cada prática garante uma visibilidade diferente ao mundo. Logo, geralmente existe um compromisso no sentido do emprego de mais de uma prática interpretativa em qualquer estudo (DENZIN, LINCOLN, 2006, p. 17).

Os arquivos documentais encontrados e produzidos pelo órgão ministerial contemplam as arenas de negociação, discussão e pactuação em que entes governamentais fazem-se presentes.

Os dados que foram utilizados para a análise foram obtidos todos pelas vias eletrônicas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde estaduais. A questão de se escolher somente esta forma de coleta de dados foi pela percepção de como se estabelece a comunicação entre governantes e governados, em que aqueles devem publicizar seus atos, como ato de transparência, e para compreender a dimensão do controle social feito pelo cidadão mais entusiasta.

Os dados coletados abrangem relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, pautas, atas, resumos executivos, resoluções, recomendações, portarias e demais derivativos legislativos oriundos do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores que foram analisadas.

De posse dos dados, a análise documental é de suma importância. Os relatórios das Conferências de Saúde, por exemplo, permitem a comprovação da relação entre as discussões travadas nestes espaços e os instrumentos normativos, principalmente portarias, que traduzam as negociações e as pactuações estabelecidas neste espaço.

Houve, também, a observação de uma das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite, que foi importante para a compreensão da hierarquia, ou falta de, nos processos de diálogo desses espaços. A observância aprofundada deste espaço pode significar um levantamento real de como são dadas as negociações e se há oportunidade de fala dos atores envolvidos, já que “a observação revela-se certamente nosso privilegiado modo de contato com o real” (LAVILLE, DIONNE, 1999, p. 176). Neste sentido, “a observação como técnica de pesquisa não é a contemplação beata e passiva, não é também um simples olhar atento. É essencialmente um olhar ativo sustentado por uma questão e por uma hipótese cujo papel essencial – é um *leitmotiv* desta obra – mais uma vez reconhecemos” (*Ibidem*, 199, p. 176).

Sobre a compreensão da capacidade deliberativa dos instrumentos, partiu-se do entendimento que esses espaços por si só possuem o poder de pactuar e gerar resultados que impactam a gestão, já que a sua existência fomenta as estratégias de descentralização, diálogo e cooperação que se espera ver em arenas de gestão participativa,

independentemente das pessoas, ou atores, que elas abarcam. Assim, as Comissões Intergestores, caso escolhido para ser desenvolvido, podem ser compreendidas como atores não humanos, compreendidos dentro da Teoria do Ator-Rede, de Bruno Latour (2012). “Além de ‘determinar’ e servir de ‘pano de fundo’ para a ação humana, as coisas precisam autorizar, permitir, conceder, estimular, ensejar, sugerir, influenciar, interromper, possibilitar, proibir, etc.” (*ibidem*, p. 108-109). Neste sentido:

Segundo a ANT, se quisermos ser um pouquinho mais realistas, em relação aos vínculos sociais, que os sociólogos “razoáveis”, teremos de aceitar isso: a continuidade de um curso de ação raramente consiste de conexões entre humanos (para as quais, de resto, as habilidades sociais básicas seriam suficientes) ou entre objetos, mas, com muito maior probabilidade, zigzagueia entre umas e outras (LATOURE, 2012, p. 113).

A construção deste trabalho se faz, então, de um grande emaranhado de técnicas, que visam ajudar na compreensão das capacidades deliberativas dos instrumentos de gestão analisados, executando o papel fundamental de tentar compreender a atuação das instituições brasileiras na construção de uma abordagem descentralizada, democrática e participativa.

1.5 Organização da Dissertação

Esta dissertação se encontra dividida em quatro capítulos, excetuando-se o presente tópico.

O primeiro momento se destina ao estudo do federalismo e da gestão participativa como um todo.

Assim, o segundo capítulo se destina a debater unicamente o federalismo, trazendo inicialmente a discussão do federalismo, trazendo a sua construção histórica, as vertentes clássicas do federalismo moderno, a compreensão do que é federalismo, a cooperação como elemento chave para o seu funcionamento, a história do federalismo brasileiro e a construção do federalismo tridimensional previsto na Constituição brasileira de 1988.

A discussão sobre federalismo que aqui se pretende travar vai além dos ensinamentos clássicos de república e federação dos iluministas, como Montesquieu, Rouseau e Kant, para adentrar em princípios mais contemporâneos de resolução dos conflitos que são característicos deste novo século e da garantia dos direitos humanos dos indivíduos e das comunidades como um todo. Não descartando a importância dos clássicos, pois estes são de fato também contemporâneos (SERRES, 1999), mas entende-se que há uma falta de

compreensão destes autores quando se trata da gestão, da participação e das políticas públicas.

O terceiro capítulo começa a trazer o debate sobre federalismo e gestão participativa, incorporando o debate sobre gestão participativa, a importância do município para a gestão, articulação interfederativa, ação pública e instrumentos de gestão.

O quarto capítulo se destina a introduzir o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus elementos de gestão para o leitor, trazendo um breve histórico sobre o SUS, sobre as ações de promoção da participação, sobre a gestão participativa do SUS, sobre a atual estruturação do SUS, considerando seu plano ascendente, sobre as Conferências Nacionais de Saúde (CNSs), sobre a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O quinto capítulo traz os dados e sua respectiva análise sobre o potencial deliberativo das reuniões da CIB e da CIT em se transformar em instrumentos normativos referentes às políticas de saúde.

Por fim, as considerações finais trazem os principais apontamentos da pesquisa desenvolvida.

2 FEDERALISMO E FEDERALISMOS

As concepções de federalismo e democracia caminham juntas. Federalismo pressupõe a existência de pelo menos duas ordens distintas de poder, uma inserida na outra, evitando a homogeneização e tentando corrigir as assimetrias regionais nas tomadas de decisão de poder, estimulando o contato entre o governo e o povo.

Federalismo corresponde a uma ordem filosófica de construção da organização Estatal, de forma tão complexa que não consegue ser definida de maneira unânime pelos diversos autores que configuram na bibliografia deste trabalho.

Apesar deste pluralismo semântico que a concepção de federalismo traz, a prerrogativa máxima que deve sintetizar a proposição federativa, e que é norteadora neste trabalho, é de diversidade na unidade (BERNARDES, 2010; SCHÜTZE, 2009; HUEGLIN, 2015).

Para Hueglin (2015, p. 4), “federalismo é uma forma política que dá expressão territorial organizada à necessidade de comprometimento entre reivindicações e aspirações concorrentes²³”. Já para Rodden (2004, p. 489), “federalismo não é uma distribuição particular de autoridade entre os governos, mas sim um processo – estruturas por um conjunto de instituições – através das quais a autoridade é distribuída e redistribuída⁴”.

O federalismo funciona como estrutura que comporta pluralismo das fontes de poder, assegurando “a máxima expansão da liberdade de participação política” (ZIMMERMANN, 1999, p. 05). Para o autor, o estado federado é constituído por uma pluralidade de ordenamentos jurídicos.

Complexo e composto, o Estado Federal é estabelecido pela pluralidade consubstanciada por normas jurídicas concomitantes, concorrentes e paralelas. Atribui-se por intermédio da descentralização política e para a formulação da autoridade que decide livremente, o poder de ação dos entes descentrais, conquanto instrumentos autônomos de comando transcendentais à mera prática dos atos administrativos (ZIMMERMANN, 1999, p. 154-155).

² Por motivos de democratização do conhecimento, todas as citações diretas retiradas de textos em língua estrangeira estão no corpo da dissertação traduzidos. Entendendo também que a formação da autora não é em tradução, escolheu-se manter os trechos no idioma original em notas de rodapé.

³ Tradução nossa. No original: Federalism is a political form giving organized territorial expression. To the need for compromise among competing claims and aspirations.

⁴ Tradução nossa. No original: Federalism is not a particular distribution of authority between governments, but rather a process – structures by a set of institutions – through which authority is distributed and redistributed.

O federalismo se baseia na capacidade de suas unidades componentes de se auto-organizarem. Assim, os entes federados possuem a prerrogativa de elaborarem suas próprias constituições, que devem estar consonantes com o texto constitucional máximo, considerando as peculiaridades e a identidade das comunidades que a englobam (BERNARDES, 2010). “O federalismo é uma pluralidade de estados com um poder central que une todos eles ao mesmo tempo em que garante autonomia aos estados-membros e a soberania do poder central (a diversidade na unidade)” (SANTOS, 2003, p. 30). Na concepção de Bobbio:

O princípio constitucional no qual se baseia o Estado federal é a pluralidade de centros de poder soberanos coordenados entre eles, de modo tal que o Governo federal, que tem competência sobre o inteiro território da federação, seja conferida uma quantidade mínima de poderes, indispensável para garantir a unidade política e econômica, e aos Estados federais, que têm competência cada um sobre o próprio território, sejam assinalados os demais poderes (BOBBIO, 2004, p. 481).

Já para Stein (*apud* Burgess)

Um sistema político federal, então, na minha opinião, é uma forma de sistema político (de um Estado-nação) em que instituições, valores, atitudes e padrões de ação política operam para dar expressão autônoma ao sistema político nacional e à cultura política e aos subsistemas e subculturas políticas regionais (definidas principalmente por fatores étnicos-linguísticos). A autonomia de cada um desses sistemas e subsistemas é contrabalanceada por uma interdependência mútua. Este equilíbrio mantém a união global⁵ (STEIN, 1968, p. 731 *apud* BURGESS, 2006, p. 42).

Ao citar o trabalho de William Riker, Burgess (2006) dita os três elementos necessários para os governos federados: dois níveis de governo sobre a mesma terra e o mesmo povo; cada esfera tendo pelo menos uma ação em que é autônomo; e a existência de uma garantia de autonomia de cada administração na sua respectiva esfera.

Federalismo é a “forma política pela qual o Estado se organiza para exercer suas funções, capaz de combinar a centralização, na qual os governos locais são responsáveis pelo financiamento e oferta de bens e serviços públicos” (VAZQUES, 2015, p. 349).

Idealizado de forma única em cada Estado em que é adotado, o modelo federalista pressupõe, da melhor forma, a tomada de decisões estatais de forma democrática e menos

⁵ Tradução nossa. No original: “*A federal political system, then, in my view is that form of political system (of a nation-state) in which the institutions, values, attitudes and patterns of political action operate to give autonomous expression both to the national political system and political culture and to regional political subsystems and subcultures (defined primarily by ethnic-linguistic factors). The autonomy of each of these system and subsystems is counterbalanced by a mutual inter-dependence. This balance maintains the overall union*”.

discricionária, casando com a real vontade popular na construção da política e maior capacidade do Estado em proteger o indivíduo na esfera dos direitos humanos.

O princípio do federalismo considera que os seres humanos possuem por natureza identidades individuais tanto quanto de grupo ou comunitárias. Em tendo essa dupla natureza, o federalismo por princípio busca a construção de sistemas políticos em que um equilíbrio é buscado e/ou promovido entre diferentes formas de identidade seja individual, local, regional, nacional e, crescentemente, transnacional (MONTEIRO NETO et al., 2017, p. 13).

Na estrutura federalista, os arranjos institucionais distribuídos ao longo do território delimitam as esferas de poder. Um poder desconcentrado nas unidades federadas representa uma diversidade maior do que no poder concentrado (BERNARDES, 2010). A maior divisão das esferas federadas permite, assim, que a identidade social de uma comunidade seja muito mais presente na construção da política, ressaltando a diversidade na unidade.

Entendemos por federação uma forma de Estado que se organiza visando concretizar os valores do federalismo e com este fim assenta suas bases em uma distribuição territorial efetiva de poderes. Assim, a federação estaria, hoje, envolvida em resolver questões de interdependência de poder em uma sociedade pluralista, onde não há mais um imaculado poder absolutizado, e este, se dissolve na e pela sociedade (BERNARDES, 2010, p. 65-66).

Neste sentido, a descentralização do poder decisório se mostra fundamental na promoção da redução da desigualdade em certos países e na distribuição de riquezas. Porém, a centralidade ressalta a noção de união e reflete na capacidade dos poderes locais de resolver impasses das comunidades (BERNARDES, 2010; ZIMMERMANN, 1999; CHAGAS, 2006).

No âmbito das políticas públicas, especialmente quando se trata do processo de tomada de decisões, existe grande descentralização e expressão de poder dos entes locais nos Estados federados. O poder central possui grande obstáculos, assim, de conseguir coordenar as políticas públicas territorialmente (ROCHA, 2013).

A discussão sobre a prestação de serviços e de garantia da proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos, no caso brasileiro, passa pelo debate acerca do federalismo no país. O federalismo representa o meio do caminho entre as concepções de Estado de direito liberal e de direito social, revestindo-se no Estado Democrático de Direito. A crise do Estado-Nação abrange a problemática de não contemplar, politicamente, setores marginais das sociedades complexas, que criam mecanismos que os permitem que façam parte do aparato estatal (BERNARDES, 2010).

O debate sobre federalismo é extenso, e sua sistemática foi se aprimorando ao longo dos tempos. Para entender esse processo de formação dos Estados federados, traz-se uma leve construção histórica acerca do federalismo.

2.1 Construção histórica

A noção de federalismo que primeiro vem à mente é a concepção moderna de federalismo, aquele consolidado primordialmente após a constituição dos Estados Unidos da América na segunda metade do século XVIII.

Entretanto, para Hueglin (2015), o federalismo seria tão antigo quanto a civilização, já que desde então as pessoas se estabelecem entre comunidades, famílias, clãs e afins, se unindo para a obtenção de um propósito comum.

A concepção atual que temos do modelo federativo é uma concepção moderna, iniciada no surgimento dos Estados Unidos como nação. É inegável que o modelo federalista americano foi copiado por outros depois do seu estabelecimento em 1789.

Para Schütze (2009), o federalismo moderno surge com a consolidação do Sistema de Estados Europeus, celebrando o pluralismo político, com independência normativa entre cada Estado. São criados, estão, arranjos territoriais diversos das comunidades políticas.

Enquanto que a ideia de governo e poder político sobrevive desde as organizações tribais, a noção de Estado é moderna e traz com si a estrutura burocrática (ZIMMERMANN, 1999).

Schütze (2009) coloca que o surgimento do federalismo moderno tem suas raízes nos Estados confederados, incorporando problemas de direito internacional para a ordem interna. A vontade dos Estados em serem federados, e não confederados, é construída argumentativamente por Montesquieu e Kant⁶.

⁶ “But why would States wish to federalise? Two famous answers were given in the eighteenth century. The first offered a particular rationale, the second a universal rationale. In ‘The Spirit of the Laws’, de Montesquieu advanced a concrete reason for republics to federate. ‘If a republic is small, it is destroyed by a foreign force; if it is large, it is destroyed by an internal vice.’ To overcome this ‘dual drawback’, democracies would need to combine ‘all the internal advantages of republican government and the external force of monarchy’. The solution was the creation of a ‘federal republic’. ‘This form of government is an *agreement* by which many political bodies consent to become citizens of the larger State that they want to form. It is a society of societies that make a new one, which can be enlarged by new associates that unite with it’. Composed of small republics, the ‘federal republic’ thus ‘enjoys the goodness of internal government of each one; and, with regard to the exterior, it has, by the force of the association, all the advantages of large monarchies’. The confederated States would retain their sovereignty—this suggested unanimous decision-making; and, in the event of a disagreement, the confederation could be dissolved.

São três as maneiras de formação de uma federação. Em um federalismo por desagregação, o poder central dá lugar a unidades menores como forma de manter a unidade por conta das demandas de autonomia das regiões (*hold together type*). No federalismo por agregação, unidades independentes entre si se associam na criação de um novo Estado (*come together type*). Por fim, existe a confederação, em que Estados mantêm a sua soberania, e se unem por um propósito que tenham em comum (ROCHA, 2013).

Em um Estado unitário, o poder é central, não permitindo a existência de outros poderes parciais de executarem a tomada de decisões. Em um Estado federal, o poder central é partilhado com outras esferas de poder parciais. Na confederação, unidades autônomas e independentes entre si se unem para compartilhar o sucesso de uma decisão em comum, não havendo um poder maior do que o dos entes confederados. O pacto federativo não permite que haja renúncia de qualquer ente, já que a união não pode ser questionada pelos poderes centrais (ROCHA, 2013).

A compreensão histórica do federalismo moderno se pauta em dois modelos principais federalistas, que conseguem ser identificados como base dos federalismos que foram construídos após o século XVIII.

2.2 Vertentes clássicas do federalismo moderno

É possível identificar dois modelos federalistas distintos, ambos no Estado nacional: o federalismo dual, característico do Estado liberal, e o federalismo cooperativo, comum no Estado social.

É mister explicar que não deve haver confusão entre federalismo dual e a característica dual do federalismo. Federalismo pressupõe a existência de, no mínimo, duas esferas de poder concêntricas distintas: um poder local e um poder central. Ou seja, normas para todo o território e normas para parte dele.

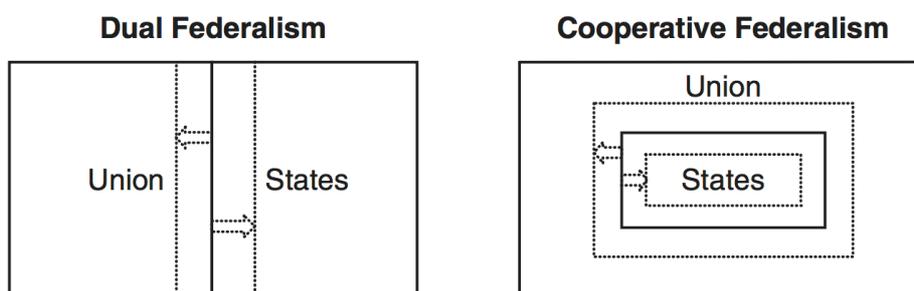
No Estado liberal, há a preponderância do poder legislativo enquanto que o poder executivo se sobressai no Estado Social. O federalismo dual tem como pioneiro o modelo

A second—universalist—rationale came from the pen of the German philosopher Kant. In his ‘Perpetual Peace—A Philosophical Sketch’, Kant argued that the very idea of international *law* could only be achieved on the basis of a Federal Union of sovereign States. For Kant, international society had remained in a state of nature. And the only solution to this sorry state of affairs was that ‘peace must be *formally instituted*’ on the basis of a federal treaty. The second definitive article of such a treaty was entitled ‘[t]he Right of Nations shall be based on a Federation of Free States’” (SCHÜTZE, 2009, p. 20-21).

estadunidense, sustentando as bases do Estado liberal e do Estado nacional. Objetiva a conservação das identidades dos Estados Membros que se unem (CHAGAS, 2006; BERNARDES, 2010).

A diferença entre os modelos dual e cooperativo, em relação aos Estados-membros e a União pode ser visualizada na figura a seguir:

Figura 2 - A relação entre União e Estados no Federalismo Dual e no Federalismo Cooperativo



Fonte: SCHÜTZE, 2009, p. 5.

Ambos arranjos se baseiam na concepção do governo dualístico, mas se diferem em como a esfera federal e a esfera estadual se relacionam entre si.

Federalismo dual e federalismo cooperativo são, nos seguintes termos, as duas variantes básicas de organização federativa. A primeira, mais clássica, divide rigidamente as competências entre os entes federativos, cabendo a cada qual as funções expressamente dispostas no texto constitucional. A segunda variante, por outro lado, representa o modelo cooperativo, vigente ao longo de quase todo o século XX, e que faz flexibilizar esta rigidez dualista, conferindo em diversas matérias um grau de competência comum e concorrente aos níveis verticais do poder. São, pois, a atuação conjunta das partes sobre as matérias que aparentemente ensejariam uma maior justificativa à cooperação dos entes federados, tanto em nível central quanto periférico (ZIMMERMANN, 1999, p. 68).

Desde a instituição do federalismo nos Estados Unidos, outras correntes e arranjos federalistas surgiram. A seguir, propõe-se uma análise das peculiaridades dos dois principais modelos federalistas e os seus desdobramentos para a concepção contemporânea de federalismo.

2.2.1 Federalismo liberal

Fruto do movimento constitucionalista do século XVIII, o federalismo dual é característico dos Estados liberais, enquanto que o federalismo cooperativo se origina nos doutrinamentos sociais do século XIX, tendo seu auge após a Segunda Guerra Mundial. Neste, há o fortalecimento do poder central em detrimento do poder dos Estados-Membros (CHAGAS, 2006).

Essa colocação de federalismo liberal se deve à priorização da esfera individual sobre o coletivo, típico dos governos liberais e, principalmente atualmente, dos governos neoliberais.

Santos (2003) coloca que o processo de formação do Estado federado estadunidense é centrípeto, de fora para dentro, já que a força do Estado formado precede a Constituição Federal elaborada, diferentemente do que ocorreu no Brasil, formado por uma força centrífuga, de desconstrução de uma unidade para se federar.

É indiscutível a importância para a construção do modelo federalista norte-americano a obra *O Federalista*, de John Jay, James Madison e Alexander Hamilton. Seguindo a linha traçada por Montesquieu, os autores de *O federalista* enxergam na tripartição dos poderes o elemento indispensável para a perpetuação da liberdade individual e da reprimenda à tirania. Sua imponência se faz na Constituição Americana de 1787, que tenta conciliar paradigmaticamente um Estado forte com a autonomia regional. A pressão para que as ex-colônias americanas assinarem o documento foi grande, e resultou na edição das dez primeiras emendas, o *Bill of Rights*, de 1791, referentes a direitos individuais (BERNARDES, 2010; CHAGAS, 2006).

A diferença fundamental entre as idéias dos autores de “O Federalista” e a doutrina de Montesquieu é que este, como já visto, defendia uma sociedade de estamentos que deveria ter reflexos na organização de poderes, enquanto os primeiros sustentam que a sociedade não deveria comportar qualquer distinção social, devendo-se reconhecer a todos os indivíduos perante a lei, regime que só seria obtido pela República, enquanto governo que faz derivar seus poderes da grande massa do povo e que não admite qualquer forma de desigualdade estamental (CHAGAS, 2006, p. 114-115).

O federalismo dual se apresenta, então, como forma de organização de unidades federadas fortes e autônomas e um Estado, uma União, potente em termos de competência demarcando nitidamente duas arenas autônomas de poder, ao mesmo tempo que consolida a soberania do Estado Nacional (BERNARDES, 2010).

Um Estado apresenta características de federalismo dual quando há uma rígida separação entre o governo dos Estados-membros e o poder central. Neste modelo, os Estados-membros atuam de forma independente, não havendo interpenetrações de uma esfera governamental em outra, diversamente do que ocorre no federalismo cooperativo no qual se verifica uma forte integração entre o governo central e o governo dos Estados-membros, expressa nos números, convênios, empréstimos, subvenções e auxílios governamentais. A repartição horizontal de competências é também características desse “modelo” de federação (CHAGAS, 2006, p. 60).

No federalismo dual, existe uma ideia de funcionamento de dupla soberania, com arenas de poderes exclusivos. “O governo federal e os governos estaduais são coiguais e operam de forma independente em suas esferas separadas”⁷ (SCHÜTZE, 2009, p. 5).

Em outro sentido, a instituição do federalismo cooperativo ocorre no contexto europeu, iniciado pela iniciativa alemã de preservação do Estado de Bem Estar Social, desde o início do século XX.

2.2.2 Federalismo cooperativo

O federalismo cooperativo atua na concepção entre a União e os Estados Membros. A cooperação, neste modelo, é comandada pela União.

Representado pelo Estado federado alemão pós Constituição de Bonn, de 1949, o destaque está no Estado-Membro (*Länder*), com propósito de manutenção das identidades locais e da reconstrução do país, como feito no *Reich* de Bismark. O federalismo cooperativo não se baseia tanto na jurisprudência das cortes de direito (BERNARDES, 2010).

No federalismo cooperativo, a soberania é partilhada entre os entes, dividindo poder e atribuições (SCHÜTZE, 2009).

O federalismo cooperativo democrático, por sua vez, é aquele formado no consentimento e não através da imposição. Nele, poder é estabelecido em correlação com os valores democráticos de governo, onde o cidadão pode efetivamente exercitar, em distintos graus e esferas, o seu direito fundamental de participação e controle de poder político. Através dele, inclusive, os grupos minoritários ficam mais bem protegidos, conferindo-lhes a proteção constitucional e todas as garantias da cooperação federativa (ZIMMERMANN, 1999, p. 58-59).

Desde a instituição do federalismo nos Estados Unidos, outras correntes e arranjos federalistas surgiram. O federalismo se adequou às novas realidades e a sua discussão passou

⁷ Tradução nossa. No original: The federal government and the State governments are co-equals and operate independently in their separate spheres.

para além da soberania nacional, como no caso da União Europeia. A partir de uma visão do federalismo brasileiro:

Nessa faceta do federalismo cooperativo, abrem-se as portas para as relações intergovernamentais, tornando os Estados-Membros os Municípios e a União participantes em conjunto e “ativos” na realização de tarefas e não atuando como compartimentos estanques. Assim, a cooperação é necessária e incentivada para fazer frente à crise econômica: dos Estados entre si, dos Estados com a União e com entidades menores. Dessa forma, há uma tendência de se criarem maiores vínculos sociais, pois todos são implicados em uma política para além das fronteiras territoriais internas. É nesse sentido que Croisat fala em cooperações horizontais (entre Estados-Membros da federação e seus possíveis arranjos internos) e cooperações verticais (baseadas na federação e nos Estados federados) (BERNARDES, 2010, p. 216-217).

A divisão entre federalismo dual e federalismo cooperativo não é mais suficiente para explicar o fenômeno da estruturação do federalismo em cada Estado que o adota. Parte-se, assim, para as novas discussões travadas acerca do federalismo.

2.3 Federalismo contemporâneo: novos elementos

A manutenção do Estado exige a sua adequação à realidade momentânea. Da mesma forma que as vertentes clássicas federativas foram se adaptando para o melhor funcionamento da máquina pública. Assim, nem os Estados Unidos, país que mais representa o federalismo moderno, mantém a mesma lógica dualista de funcionamento daquela que existia no século XVIII.

A discussão sobre o federalismo é reacendida diariamente, principalmente com a comparação que se estabelece entre os diversos países que adotaram esta filosofia e este modelo de estruturação organizacional. Hoje, mais da metade do território mundial é governado por Estados federados (HUEGLIN, 2015).

A forma que se dá o federalismo depende da política vigente no país. Os estreitamentos dos laços com as políticas nacionais ou descentralizadas são fruto deste argumento (BERNARDES, 2010).

Desta maneira, acredita-se que as preocupações que hoje mais definem os traços do federalismo contemporâneo sejam a maior descentralização dos poderes e de gestão, levando em conta aspectos territoriais, a de criação de um federalismo assimétrico e a construção de um federalismo único que traga os saberes endógenos de cada Estado. Esses elementos são indispensáveis para pensar no desenvolvimento.

Se no passado o ‘Estado federativo unitário’ não sofreu contestação e a ‘uniformidade das condições de vida’ representava a meta suprema, a perspectiva mudou quase totalmente, no mais tardar, a partir do final dos anos 1980. Desde então, se espera do federalismo a garantia de diversidade, autonomia e subsidiariedade, com separação de competências e finanças entre a União e os estados. Não se trata mais de federalismo de participação, mas as palavras de ordem que hoje dominam o debate sobre as reformas são federalismo de configuração e de competição (SCHULTZE, 2001, p. 22 *apud* BERNARDES, 2010, p. 256).

A descentralização é elemento presente em diversos países. A atribuição de competências em descentralização territorial pode ser vista na divisão de municípios, comunidades autônomas, comunidades provinciais, entre outros. A descentralização torna possível a personalização da gestão, com diretrizes que compreendem de fato as necessidades das comunidades locais, fazendo de fato um governo para o povo.

Apesar de ressaltar a importância da regulação federal para coordenar os esforços dos governos locais na execução de políticas descentralizadas, não é possível definir um modelo ideal das instituições (regras e incentivos) necessárias para a coordenação federativa, ou seja, não existe uma receita pronta, diferente dos pressupostos normativos de duas teorias citadas antes. Em suma, a combinação entre diretrizes definidas centralmente e políticas executadas localmente é destacada nas análises institucionalistas, onde a execução local deve ser norteadada por uma regulação do governo central (VAZQUES, 2015, p. 352).

Essa capacidade também faz com que se ressalte um elemento de suma importância para o desenvolvimento e para a redução das desigualdades pois torna possível concretizar melhor a participação popular, tópico que será melhor explorado no próximo capítulo deste trabalho. Neste sentido:

a descentralização é, sem dúvida, uma grande arma a favor da democracia e das liberdades públicas e só será possível mediante a existência de uma forma de Estado federativa, onde os entes regionais atuem de modo independente e autônomo, propiciando ao povo real participação no exercício do poder (GRUTTI, 1995, *apud* ZIMMERMANN, 1999, p. 157).

Hueglin (2015) coloca com virtudes da adoção de um sistema federalista uma maneira de se evitar abuso de poder através de um novo sistema de pesos e contrapesos; permite a autodeterminação das comunidades; se vale de conhecimento local para resolução de problemas; gera políticas públicas menos onerosas com maior capacidade de experimentação em cada centro de poder; e possibilita que um erro cometido em uma esfera não seja repetido em outra.

Podemos concluir dizendo que federalismo pressupõe arranjos espaciais de distribuição de poder que garantam o seu conteúdo, que é o exercício da diversidade, ou seja, pressupõe uma visão global de sociedade, uma atitude ou comportamento

que privilegia as diferenças em espaços territoriais de poder, fomentando a distribuição espacial desse poder (BERNARDES, 2010, p. 65).

A segunda variável, de federalismo assimétrico, é imprescindível para o conceito que se trabalha de desenvolvimento. Zimmermann (1999) defende que deve existir um federalismo assimétrico, reflexo das distintas condições socioeconômicas de distintas regiões dentro de um mesmo Estado. “O federalismo pode ser cooperativo, quando se assenta em competência comuns que impõem negociações intergovernamentais, também denominado de federalismo assimétrico, em contraponto ao federalismo simétrico” (SANTOS, 2003, p. 33). Os arranjos assimétricos funcionam como forma de reduzir as desigualdades.

O federalismo assimétrico requer maturidade política dos governos e das comunidades em razão da necessidade de as relações intergovernamentais, cada vez mais necessárias no mundo de hoje, não serem objeto de barganha política nem moeda de troca de poderes e recursos financeiros. Somente uma sociedade culturalmente madura no campo político exerce de forma harmoniosa e não colidente as assimetrias do federalismo (SANTOS, 2003, p. 34).

O terceiro elemento que se considera ser constituinte para os novos arranjos federativos que são constituídos e consolidados mundialmente é a compreensão da singularidade de cada Estado e de cada região para o fortalecimento do federalismo.

Neste sentido, tem-se como fundamental a introdução de uma ótica pós e decolonial para se entender o redimensionamento do papel do Estado e das ideias de desenvolvimento, partindo de um mesmo pressuposto, de que é necessário compreender e aplicar os saberes locais para ações voltadas para os locais.

A verdade é que não existe desenvolvimento desassociado da cultura de um povo. O sucesso do desenvolvimento, assim, das políticas públicas executadas, depende do elemento cultural. É ele que vai influenciar como a participação das pessoas nas atividades políticas se dá e que tipos de associações sociais vão existir (OLASUKANMI, 2011).

Mbembe (2014) se posiciona que a descolonização é relacionada com a existência de um sujeito que preocupa com si próprio. Continua o autor afirmando que a crítica pós-colonial é para a construção de uma sociedade universal e mestiça, fundada na existência de um direito universal. Junto à ideia de emancipação do estado no contexto contemporâneo, tem surgido o giro decolonial, proposto o termo inicialmente por Maldonado Torres, com um movimento que rompe com a lógica da modernidade e da coloniedade presente. “A Decolonialidade parece, portanto, como o terceiro elemento da Modernidade/Colonialidade” (BALLESTRIN, 2012, p. 16).

O pensar endógeno e que se aproxime com a cultura local é indispensável para pensar o federalismo contemporâneo. A aplicação de modelos federativos que se pautam pela descentralização e que são assimétricos para o fortalecimento dos governos locais, de pensar novas formas de participação do povo e que permitam novas formas de pensar a redução das desigualdades e de promoção do desenvolvimento é diretamente relacionada com esta concepção do pensar local, principalmente para a construção da gestão e da implementação das políticas públicas.

Além de todos os elementos aqui descritos, o funcionamento dos arranjos federativos depende primordialmente da relação entre os entes federados, impulsionando o estabelecimento de comunicação e dos processos de cooperação entre todos os entes federados, de mesmo nível ou não, orquestrando a gestão e promoção do desenvolvimento.

2.3.1 Cooperação: um elemento chave

A cooperação pode ser entendida como elemento fundamental para o bom funcionamento da estrutura federativa. Como visto, o federalismo se baseia em processos de descentralização de poder, e para tal é imprescindível que os entes federados possuam boa relação e que estabeleçam processos dinâmicos de cooperação, efetuando negociações e pactuações proveitosas entre si, pois “o resgate da comunicação efetiva é imprescindível à construção da sociedade democrática” (MATOS, 2015, p. XI)

Neste sentido, “a cooperação pode ser definida, sucintamente, como uma troca que as partes se beneficiam. (...) Imediatamente identificável porque o apoio recíproco está nos genes de todos os animais sociais; eles cooperam para conseguir o que não podem alcançar sozinhos” (SENNETT, 2015, p. 15).

Para o sociólogo, a cooperação é algo inerente à espécie humana, mas que “a sociedade moderna está desabilitando as pessoas para a prática da cooperação” (*ibidem*, p. 19). Sennett estabelece esta dificuldade de enfrentar os novos dilemas do mundo moderno, que se inicia principalmente desde o capitalismo industrial e a substituição do homem pela máquina, e os desdobramentos que fazem com que as relações humanas se enfraqueçam cada vez mais, o que caracteriza o modo de vida contemporâneo, como visto em Bauman (2001), Harvey (2012) e Lipovetsky (2004).

Entretanto, a cooperação é retomada de maneira contínua no cotidiano, principalmente dentro da Administração Pública. Neste sentido, tem-se como exemplo

consolidador da mediação como método de redução da litigância intragovernamental como as formas de acesso à justiça⁸.

A importância da cooperação se revela principalmente na obra de Alessandra Silveira (2007) em que a cooperação é entendida como elemento fundador, um compromisso estabelecido constitucionalmente, “um compromisso que fundamenta e controla a condução dos interesses federados no sentido de otimizar o funcionamento da respectiva organização composta” (*ibidem*, p. 25).

Ainda assim, admitimos que a tendência nas federações da actualidade é aquela da progressiva substituição da *rigidez da repartição competencial* constitucionalmente consagrada pela *flexibilidade da cooperação intergovernamental*: eis a vitória da dimensão procedimental ou preponderantemente política da repartição de encargos e responsabilidades, que incorpora elementos transnacionais/cooperativos na repactuação do exercício competencial, sem eu com isso resulte comprometida a organização constitucional dos poderes públicos nos Estados compostos. Ou seja, a condução das políticas públicas nem sempre coincide com a repartição competencial ou com as demarcações em que actuam os entes políticos num sistema federativo – e para isso a teoria sistêmica⁹ tem efectivamente explicação. Isto demonstra que também numa perspectiva normativa –, a cooperação intergovernamental se revela inevitável à subsistência dos sistemas federativos (SILVEIRA, 2007, p. 443).

Internacionalmente, a existência do Estado federado traz uma possibilidade de negociação que implicitamente demonstra a pluralidade na estrutura interna do país. Demonstra a capacidade do Estado em governar com a presença da população na tomada de decisões (BERNARDES, 2010).

No caso do direito brasileiro:

A Carta da República prevê, no parágrafo único do art. 23, a edição de leis complementares federais, para disciplinar a cooperação entre os entes tendo em vista a realização desses objetivos comuns. A óbvia finalidade é evitar choques e dispersão de recursos e esforços, coordenando-se as ações das pessoas políticas, com vistas à obtenção de resultados mais satisfatórios.

Se a regra é a cooperação entre União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, pode também ocorrer conflito entre esses entes, no instante de desempenharem as atribuições comuns. Se o critério da colaboração não vingar, há de se cogitar do critério de preponderância de interesses. Mesmo não havendo

⁸ Recomenda-se a leitura, para o aprofundamento da maneira de como a cooperação é trabalhada dos artigos *Políticas de acesso à justiça: mediação*, de Magda de Lima Lúcio e Sália Maria Leite Rodrigues Gonçalves, e *Litigiosidade e Impacto na Gestão Pública – A mediação como instrumento de gestão – A experiência da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal*, de Meire Lúcia Gomes Monteiro Mota Coelho e Magda de Lima Lúcio.

⁹ Neste sentido: “O desenvolvimento constitucional toma hoje em consideração o *arranjo das novas formas organizativas* e as *novas soluções para os problemas nascidos nos distintos subsistemas*. Ou seja, a teoria da constituição tem de lidar com *problemas de complexidade sistêmica, adaptabilidade, auto-organização* – e estar atenta a tudo que sejam *contributos tendentes a complementar as suas funções clássicas*. Só assim o idealismo do direito constitucional consegue recuperar o contacto com a realidade que pretende conformar” (SILVEIRA, 2007, p. 434).

hierarquia entre os entes que compõem a Federação, pode-se falar em hierarquia de interesses, em que os mais amplos (da União) devem proferir aos mais restritos (dos Estados) (MENDES, BRANCO, 2015, p. 840).

Continua a autora:

A cooperação intergovernamental aponta para a resolução pactuada de uma problemática que respeite a dois ou mais entes políticos num Estado composto. Neste caso a cooperação atende aos imperativos de discursividade e participação que legitimam os projectos compostos. Aqui as técnicas cooperativas evitam a unidimensionalidade porque promovem a participação dos entes periféricos nos processos decisórios centrais que os afectam ou interessam – e noutra medida também patrocinam a harmonização das vontades parcelares a partir a intervenção homogeneizadora do poder central. A cooperação intergovernamental ainda atende a imperativos de eficiência naquelas situações em que as componentes sistêmicas resolvam gerir interesses e competências concertadamente, através da prestação conjunta de serviços às populações. Sucintamente, a cooperação intergovernamental (numa perspectiva procedimental) serve à resolução pactuada de controvérsias competenciais, à criação de procedimentos de participação global destes entes periféricos nos processos decisórios centrais, à prossecução de soluções concertadas para a gestão de interesses e competências comuns, à instituição de órgãos mistos para a gestão e prestação de serviços. Ou seja, através de instrumentos cooperativos o poder central e os periféricos (ou estes entre si) assumem voluntariamente compromisso relativos ao exercício de suas respectivas competências: compromissos de planificação conjunta de certas actividades administrativas, compromissos de actuação conjunta em certas obras e serviços, compromissos de delegação de funções entre as partes, compromisso voltados à elaboração de certas normas jurídicas, etc (*ibidem*, p. 454-455).

A ideia introduzida por Silveira de cooperação como compromisso constitucional se entrelaça com a ideia de cooperação trazida por Sennett, já que a relação e a articulação federativa e intergovernamental são estabelecidas como “trocas frouxas e não rígidas” (SENNETT, 2012, p. 69).

Completando este posicionamento, para Vazques (2015), a ideia de cooperação dentro do federalismo se dá pela falta de competitividade das esferas de governo na arrecadação e na prestação de serviços.

Preservação da ideia de cooperação não é só fundamental para o bom funcionamento do arranjo federativo, mas também para uma nova proposta democrática.

Neste diapasão, entrelaça-se a ideia da participação como elemento constitutivo dos arranjos federativos que prezam por democracias mais consolidadas. Papadopoulos e Warin (2007) colocam que a possibilidade de funcionamento de novas abordagens de participação de deve à aproximação da ideia de cooperação, de solidariedade de ajuda mútua.

Por décadas, a crise da confiança no conhecimento profissional, bem como o desejo de resolver conflitos ambientais sem ação judicial, gerou uma série de métodos inspirados em políticas *top-down*, visando envolver uma ampla diversidade de atores

na elaboração de políticas desde o primeiro momento possível, com base em uma racionalidade de ganho mútuo¹⁰ (*Ibidem*, p. 447).

De par da teoria firmada sobre o federalismo em escala global, foca-se na construção do Brasil como Estado federado democrático de direito, perpassando pela constituição histórica do país, até a importância constitucional estabelecida na última Constituição Federal brasileira, de 1988. O breve relato histórico mundial e a explicação das principais características dos modelos federados apresentados facilitam a compreensão do federalismo brasileiro, tanto de sua história como de sua concepção atual.

2.4 Federalismo brasileiro: uma perspectiva histórica

A herança histórica brasileira, que já traz os primórdios da municipalidade, e, por conseguinte, do poder regional, remonta ao período colonial brasileiro a existência das capitanias hereditárias, onde “o universo local foi essencialmente dominado pelas oligarquias, pela escravidão e pelo grande latifúndio” (FONSECA, 2007, p. 246). “A adoção do Federalismo no Brasil foi obra de uma manobra política que tinha como principal intuito favorecer as oligarquias agrárias que perdiam seu poderio econômico em vistas da queda do modo de produção agrário e a sucessiva migração do povo para as cidades” (SANTOS, ANDRADE, 2012, p. 23). Neste mesmo sentido, continuam Santos e Andrade (2012, p. 08) que “A primeira organização político-administrativa brasileira, as capitanias hereditárias, possuíam um caráter desconexo e desprovido de uma sistematização organizatória que fosse manifestação de uma consciência provincial e nacional”.

Durante a história política do país, marcada por períodos alternados de centralização e descentralização, o Município representa o poder regional e local, às vezes marcado por coronelismo e exaltação das elites políticas locais (BERNARDES, 2010).

Durante a colonização, a Coroa exercia o papel de poder central, que exercia influência no território colonizado, mantendo essa estrutura até o século XIX. O poder oligárquico local perdeu força com o Estado Novo de Vargas (1937) e com o grande movimento migratório do interior para as grandes cidades e parques industriais. O

¹⁰ Tradução nossa. No original: For decades, the crisis of confidence in professional knowledge as well as the wish to solve environmental conflicts without court action has spawned a number of rather top-down inspired methods aimed at involving a wide diversity of actors in policy making from the earliest possible stage on the basis of a win-win rationale.

centralismo imposto – limitando as capacidades estaduais e municipais, tanto politicamente como institucionalmente –, só é revogado após a redemocratização (FONSECA, 2007).

Diferentemente do que aconteceu com o processo de formação dos EUA, de baixo para cima, exaltando o papel da comunidade na formação do Estado, mas de forma similar ao processo de formação federativa da Espanha, a federação brasileira se deu por segregação, fragmentando o Estado antes unitário no período imperial. Esse processo de formação pode ser indicativo da dificuldade dos cidadãos perante o Estado em promover e reconhecer as instituições que promovem a participação social. Em contrapartida à instituição do federalismo, Dom Pedro I instaurou no texto constitucional o Poder Moderador, controlando os acontecimentos da vida política nacional. Neste primeiro momento o federalismo brasileiro apresenta fortes características federalistas liberais. O comando central forte expressou a homogeneidade dada aos fatores políticos, sociais e culturais do crescente território, dando grande expressão aos interesses da elite (BERNARDES, 2010; FONSECA, 2007; ROCHA, 2013).

Silveira (2007, p. 43) coloca que “até a Independência em 1822, o Brasil não passava da justaposição de unidades política, administrativa, econômica e culturalmente estanques, sem comunicação interna ou outra sujeição comum que não o governo d’El Rei”.

A Constituição outorgada em 1824 instituiu um Estado unitário porque ainda não se concebia uma monarquia federal – mas também porque o Imperador temia que a autonomia política das Províncias, nas circunstâncias civilizatórias em que se encontrava o Brasil, significasse a entrega do poder à tirania dos interesses provados dos grandes proprietários de terra, face a uma população inerme pouco letrada e com reduzida consciência política (SILVEIRA, 2007, p. 44).

Entretanto, este forte centralismo foi aos poucos se desfazendo, a partir do Ato Adicional de 1834, que pregava uma descentralização administrativa. “A grande inovação trazida pelo Ato Adicional era a transformação dos Conselhos Gerais, de caráter unicamente administrativo, em Assembleias Legislativas Provinciais, com competência para legislar sobre assuntos respectivos as províncias” (SANTOS, ANDRADE, 2012, p. 10).

No período colonial brasileiro, a forma de organização do Estado já se mostra peculiar. Diferentemente do que ocorreu na formação do município no Império Romano e do município português, que se formaram por iniciativa e vontade popular, o primeiro conselho, uma reunião de Vereadores, foi instituído na Vila de São Vicente, primeira no território, a pedido da coroa portuguesa como forma de colonizar a região. Em 1534, são

instauradas as capitânicas hereditárias, de acordo com a vontade lusitana, que logo fracassaram, abrindo espaço para a criação do governo geral (BRAGA, 2008).

Já no período compreendido entre a Constituição de 1891 e a primeira a adotar a forma republicana se reveste de características de federalismo dual. A centralização marcante dos períodos coloniais e imperiais reforçam a vontade de homogeneizar aspectos políticos sociais e culturais de um território vasto e diversos, aclamando a vontade das elites (BERNARDES, 2010). Santos e Andrade afirmam que “A Constituição de 1891 possuía tríplice apelo ideológico: o liberalismo inglês, a democracia francesa e o federalismo americano” (SANTOS, ANDRADE, 2012, p. 12).

No Brasil, o federalismo cooperativo é implementado constitucionalmente em 1934¹¹. A implementação do federalismo cooperativo no país vem como uma reivindicação dos Estados mais pobres para atenuar as disparidades com os Estados mais ricos e desenvolvidos em um período posterior à política do café com leite, que beneficiava os Estados ricos da região sudeste na República Velha. Também, a crise do *Welfare State* e a ruptura democrática de 1964 acabam com a cooperação como modelo federalista (BERNARDES, 2010; CHAGAS, 2006).

O regime autoritário mantém, ao longo da sua vigência, uma estruturação federal formal, mesmo que na prática funcione como um sistema unitário. Isso significa que, quando se inicia o processo de democratização, os estados e os municípios brasileiros estão constituídos formalmente, com elites políticas formadas e atuantes, apesar de estrangidos em sua autonomia. Assim, o processo de democratização brasileiro é caracterizado, em certo aspecto, por uma disputa de poder negociada dessas unidades territoriais com o poder central, em bases menos conflituosas que o caso espanhol (ROCHA, 2013, p. 34).

É inegável que durante o período da ditadura militar reinou no país um federalismo de fachada, onde as estruturas foram mantidas, mas sem seu propósito inicial de autonomia

¹¹ Compartilha-se, opostamente às ideias introduzidas neste parágrafo, o pensamento de Silveira: “Por conta dessas disposições normativas há quem sustente que a Constituição de 1934 teria promovido a transição de federalismo dual (marcado pela não-interferência decisória entre as distintas esferas de poder) para o federalismo cooperativo (marcado pela partilha decisória). Não podemos acolher integralmente tal entendimento doutrinário. Primeiro porque é duvidoso que o chamado federalismo dual, geneticamente atrelado à doutrina da dupla soberania, tenha alguma vez existido: é que a obra governativa nos Estados compostos não se processa através de compartimentos estanques, antes resulta da interação dinâmica das diversas componentes, que são irremediavelmente afectadas pelas decisões alheias. Ou seja, não há federação de Estados independentes, assim como não há federalismo cooperativo que não seja essencialmente cooperativo – por isso a expressão federalismo cooperativo é redundante. Segundo porque nos parece redutor e equívoco sobrevalorizar a dimensão financeira da cooperação intergovernamental: ainda que na Constituição de 1934 a concessão de subsídios tenha ultrapassado a mera hipótese de calamidade pública (como dispunha o art. 5º da Constituição, de 1891), daqui não decorre qualquer salto qualitativo em termos de *partnership* ou de gestão conjunta de interesses e serviços comuns” (SILVEIRA, 2007, p. 67-68).

entre os entes federados. Findo o regime militar, e do início da terceira onda democrática brasileira, a introdução de uma nova ordem constitucional possibilitou repensar o modelo democrático brasileiro, no sentido de se repensar a estrutura federalista que foi empregada e o modelo de gestão que os constituintes tinham em mente em virtude da elaboração da Constituição Cidadã.

2.5 Federalismo tridimensional brasileiro: colocações da Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988, apelidada de Constituição Cidadã, representa uma nova era da democracia brasileira. Depois dos duros anos de ditadura militar, é ela quem assegura aos cidadãos a existência de um Estado Democrático.

É impossível negar os impactos que os anos anteriores tiveram na construção do texto constitucional. A CF/88 traz um rol extensivo de direitos que garantem ao cidadão seu desenvolvimento pleno, preservando a dignidade da pessoa humana como princípio.

Atribui-se a organização federativa brasileira a nomenclatura de Federalismo tridimensional por estar presente na Constituição Federal de 1988 a atribuição como entes federados a União, os Estados e os Municípios, além do Distrito Federal, com proteção de suas capacidades constitucionalmente, que possuem autonomia e que contam com as competências arroladas na norma maior.

Enuncia-se, então, federalismo tridimensional como categoria que será desenvolvida a partir do cotejo entre a análise do material empírico e o arcabouço teórico.

Hueglin (2015) levanta que a maioria das federações possuem três níveis de governo, porém, diferentemente do caso brasileiro, as garantias constitucionais não são concedidas ao terceiro nível. Isso quer dizer que esse terceiro nível de governo não tem autonomia para exercer seu próprio poder sem a autorização de um nível superior, como os Estados, por exemplo, no caso americano.

De fato, o que torna o federalismo brasileiro tridimensional e inédito é essa proteção constitucional da autonomia municipal, ressaltando o compromisso dos constituintes, e consequentemente do Estado, em equiparar a importância dos entes federados na atribuição da gestão, da política e do controle judicial de suas competências.

A autonomia dos entes federados pode ser resumida em três capacidades: de auto-organização, ao elaborar sua própria constituição, de autogoverno, ao eleger seus próprios governantes, e de autolegislação, ao elaborar suas próprias leis (CHAGAS, 2006).

Também, a autonomia é representada na formação da vontade nacional, que justifica a existência do Senado Federal ao representar os Estados. Apesar do entendimento majoritário de que o Senado Federal perdeu a sua função de representar os interesses dos Estados na construção da vontade nacional, defendendo geralmente interesses partidários, a manutenção do Senado contribui para a redução das assimetrias regionais. Isso se deve à atribuição de um mesmo número de representantes para cada Estado, diferente do que ocorre na Câmara dos Deputados (ZIMMERMANN, 1999; BERNARDES, 2010).

A Constituição Federal atribui as competências da União Estados e Municípios, sendo que as competências da esfera federal representam interesses genéricos e de caráter nacional (ZIMMERMANN, 1999).

Como no caso sul-africano, mas com consequências muito mais significativas até o momento, a Constituição de 1988 estabeleceu um sistema federal de três camadas, no qual os municípios gozam de considerável poder de decisão política. Isso não só ajudou a difundir alguns vestígios do poder regional e da corrupção, mas também permitiu que governos federais implementassem esquemas transterritórios e funcionais para a cooperação intergovernamental em áreas políticas como gestão fiscal, saúde, educação e desenvolvimento regional. Complementando o design institucional do federalismo brasileiro como em outras federações, essa evolução do federalismo cooperativo aponta para um futuro promissor que eventualmente possa encontrar o equilíbrio certo entre diversidade e unidade¹² (HUEGLIN, 2015, p. 11).

A capacidade dos demais entes federados, excluindo a União, de se auto regularem no Brasil é baixa pois a CF/88 já atribui as competências e a forma de organização dos demais membros, dando pouco poder discricionário a eles (CHAGAS, 2006).

A adoção do federalismo dualista no Direito brasileiro será também associada às premissas do Estado liberal e compromissada com os pressupostos do Estado nacional, o que claramente conduz a uma tendência de centralização no governo federal. Para aclararmos as bases em que nossa federação foi acolhida e sua associação com esses fundamentos, faremos uma rápida digressão sobre as circunstâncias que marcaram sua implantação em nosso Estado. Na experiência brasileira, o anseio dos nossos Estados-Membros pelo exercício de poderes e a consolidação de um novo Estado ainda frágil e recém-desligado de uma organização servil do trabalho com base na escravidão vão nitidamente apontar para a associação entre federalismo dual, Estado nacional e liberalismo. Ou seja, novamente, pressupostos de diversidade e heterogeneidade são tragados pela aclamação de homogeneidade (BERNARDES, 2010, p. 203).

¹² Tradução nossa. No original: As in the South African case, but with far more significant consequences to date, the 1988 constitution established a three-tiered federal system in which the municipalities enjoy considerable policy-making authority. This has not only helped in diffusing some of the vestiges of regional power and corruption; it has also allowed federal governments to implement trans-territorial and functional schemes for intergovernmental cooperation in such policy areas as fiscal management, health, education, and regional development. Complementing the institutional design of Brazilian federalism as in other federations, this evolution of cooperative federalism points to a promising future that may eventually strike the right balance between diversity and unity.

Ao tratar a autonomia como fundamento da federação, é imprescindível a distinção entre soberania e autonomia. O Estado nacional é o único ente federado soberano, apesar da relativização dos conceitos sobre soberania na discussão da personalidade jurídica em direito internacional. Essa distinção se torna concreta na possibilidade do Governo Federal de intervir nos demais entes e na possibilidade do Congresso Nacional em alterar as competências dos demais entes federados (CHAGAS, 2006).

Nesta faceta do federalismo cooperativo, abrem-se as portas para as relações intergovernamentais, tornando os Estados-Membros os Municípios e a União participantes em conjunto e “ativos” na realização de tarefas e atuando como compartimentos estanques. Assim, a cooperação é necessária e incentivada para fazer frente à crise econômica dos Estados entre si, dos Estados com a União e com entidades menores. Dessa forma, há uma tendência de se criarem maiores vínculos sociais, pois todos são implicados em uma política para além das fronteiras territoriais internas. É neste sentido que Croisat fala em cooperações horizontais (entre Estados-Membros da federação e seus possíveis arranjos internos) e cooperações verticais (baseadas na federação e nos Estados federados) (BERNARDES, 2010, p. 216-217).

Com a Constituição Federal de 1988, eleva-se o Município ao nível de ente federado, juntamente com a União, os Estados e o Distrito Federal, constituindo-se uma federação de três níveis.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a seguinte distribuição de competências legislativas:

- a) a União possui poderes enumerados (art. 22 da CF);
- b) os Estados-membros possuem competência legislativa remanescente (art. 25, § 1º da CF);
- c) os Municípios possuem competência para legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30, I da CF);
- d) o Distrito Federal, por sua vez, acumula as competências deferidas aos Estados-membros e Municípios (art. 32, § 1º da CF)” (CHAGAS, 2006, p. 80).

Quanto à capacidade de auto-organização dos entes federados, cada membro possui uma legislação máxima, que deve estar de acordo com a norma do ente mais abrangente. No nível federal, tem-se a Constituição Federal. No nível estadual, cada Estado possui sua própria Constituição. No nível municipal, a Lei Orgânica do Município é a maior norma válida. No caso do Distrito Federal, a “Constituição” também é a Lei Orgânica do Distrito Federal. Assim, por exemplo, a Lei Orgânica do Município de São Paulo deve estar de acordo com as diretrizes da Constituição do Estado de São Paulo, que por sua vez também não deve chocar com as diretrizes postas pela Constituição Federal de 1988.

É importante ressaltar que o rol de competência dos entes federados é irrenunciável (CHAGAS, 2006).

O sistema bicameral do poder legislativo nacional, dividido em Câmara dos Deputados e Senado, representa, respectivamente, a representação do povo e a do estado. A existência do estado, então, é justificada na construção da vontade nacional a partir do posicionamento dos entes estaduais. Entretanto, a pluralidade partidária no Brasil faz com que senadores defendam os interesses de seus partidos, e não dos estados (BERNARDES, 2010; ARRETCHE, 2013). Também é válido ressaltar que, nesse sentido, a possibilidade de participação dos Municípios na elaboração da vontade nacional é importante arranjo do federalismo brasileiro, essa poderia se dar não somente na estrutura institucional do nosso Legislativo federal, mas também por meio de outros arranjos informais (BERNARDES, 2010).

Entretanto, e muito embora o sistema bicameral possa representar, de fato, uma necessidade vital à existência federalista, nós preferimos sustentar as diversas vantagens da manutenção da Câmara Alta representante dos estados. A verbe-se, neste sentido, que na Câmara dos Deputados as bancadas de apenas quatro grandes estados podem ter uma ação decisiva sobre o restante da Nação. Destarte esta decisão não se legitimar no interesse verdadeiramente nacional, mas, inclusive, meramente regional, ou até possa contribuir num autêntico malefício às demais partes do País. Com uma Segunda Casa, porém, a maioria que se verificar neste ou naquele sentido será como o fruto da efetiva vontade geral, porque cada unidade federativa fornece o seu contingente de representantes (ZIMMERMANN, 1999, p. 126).

Para Rocha (2013), grande parte dos teóricos colocam que o caso brasileiro é tido como um sistema que dota enormemente seus entes de autonomia. Opostamente, Santos coloca que “no nosso país, a autonomia é muito mais formal que real, e disso não há dúvida” (SANTOS, 2003, p. 32).

(...) o âmbito da liberdade para a auto-organização dos Estados-membros no Brasil é pequeno, uma vez que a Constituição Federal estabelece praticamente toda a organização dos poderes estaduais, bem como a forma de investidura e prerrogativas de seus titulares, situação esta que leva a se questionar se o Estado-membro teria realmente um poder constituinte (CHAGAS, 2006, p. 62-63).

Para Celina Souza (2013), uma das formas de materializar a vontade da Administração Pública brasileira em relação à atuação dos membros federados em termos de política pública foi a ampliação das competências comuns e concorrentes distribuídas pelos diversos níveis de poder, ato característico do federalismo cooperativo. Contudo, a esfera federal possui prerrogativa de legislar acerca da legislação de competência comum, atuando conjuntamente com os estados, restringindo a autonomia do município.

A autora apresenta uma estatística de que das 73 emendas feitas na Constituição entre 1992 e 2010, 38 se referiam ao desenho ou arranjo federalista brasileiro:

O capítulo conclui que a Constituição de 1988 resultou do momento políticos marcado pelo objetivo de tornar crível e de legitimar o novo sistema democrático, uma vez que ela foi desenhada antes do fim da transição. Por essa razão, os constituintes fizeram três opções. A primeira foi tornarem as regras de emendamento relativamente fáceis de serem cumpridas; a segunda, aumentar a constitucionalização de muitas matérias; e a terceira, expandir o número de matérias de competência legislativa privativa da União. Essas decisões, aliadas à mudança do contexto macroeconômico e político a partir dos anos 1990, tornaram a Constituição de 1988 uma das mais emendadas do mundo. No entanto, a onda reformista não afetou toda a Constituição, e, não por acaso, das 73 emendas constitucionais apenas duas (duração do mandato dos ocupantes de cargos do Executivo e reeleição para o Executivo) mudaram as regras iniciais aplicáveis ao sistema político. Já o desenho das políticas públicas caminhou na direção oposta à da estabilidade. Isso porque, dado o objetivo dos constituintes de legitimar a redemocratização, negociações e barganhas referentes às políticas públicas e que promovessem mudanças nas condições sociais da população, no modelo macroeconômico e no papel dos entes federados na provisão de políticas foram marcadas por incertezas e por dificuldades de negociação naquele ‘momento crítico’ (Souza, 1997, 2001, 2005, 2008). As emendas promulgadas a partir dos anos 1990 buscaram, então, mudar a rota ou romper a inércia de algumas políticas, assim como colocar em prática alguns direitos sociais constitucionalizados (SOUZA, 2013, p. 93).

A descentralização e a federação em três níveis no caso brasileiro permitem a percepção da importância da participação social como seu elemento constitutivo. “A convocação da Assembleia Constituinte e a redação do texto foram a prova da busca pelo pluralismo político e a implantação da democracia participativa” (SANTOS, ANDRADE, 2012, p. 22). Ora, se a descentralização possibilita a construção de uma plataforma mais representativa do cidadão, a municipalidade federativa pode se tornar a via concreta de construção de saberes locais para constituir a vontade nacional.

2.5.1 O Município: espaço de realização de direitos

A estrutura que se estabelece como pilar da federação, como previamente posto, é a de diversidade na unidade. Bernardes (2010) propõe que federalismo é uma prática concreta que dispõe de espaços de participação cotidianos na esfera deliberativa da constituição da autonomia pública, ressaltando a soberania popular que ressalta valores e identidades coletivas.

Hoje, afastando o Estado nacional e o formalismo jurídico, aproximando-se sociedades pluralistas e Estado Democrático de Direito, o federalismo deve ser lido de acordo com sua estrutura principiológica que afirma a necessidade de preservar a

diversidade e a pluralidade na unidade, a igualdade e a diferença, o centralismo e a descentralização, a autonomia e a coordenação, os poderes centrais e os poderes periféricos, sendo que todas essas premissas estão vinculadas a uma distribuição espacial de poder (BERNARDES, 2010, p. 46-47).

Nesta esfera, o Município pode ser entendido como entidade autônoma fundamental para a realização de direitos em formas de serviços. É no Município em que as relações entre governante e governado melhor se estabelecem, priorizando a necessidade das comunidades.

Se analisarmos com acuidade a administração política no início de nossa colonização, veremos que foi o município a única instituição com robustez, certa organização e dinamismo a vigorar nesta época. Ele foi a base, o substrato de toda nossa organização política futura, mesmo que as vezes com os poderes e funções suprimidos (BRAGA, 2008, p. 191).

Ao optar pela forma federativa descentralizada, o Governo Federal se encarrega de tratar melhor dos assuntos nacionais, aliviando a estrutura burocrática federal, aumentando o nível de participação social e o engajamento da população nos programas governamentais e tornando eficiente a administração pública. Zimmermann (1999, p. 151-152) acrescenta que “através da perspectiva democrática, o federalismo vem a ser descentralizador para a aproximação dos indivíduos com o poder político, destarte ser garantido aos entes federativos descentrais o status privilegiado da autonomia política”.

A baixa capacidade de decisão estatal e do município fez com que o executivo se sobressaísse por meio da legislação na formulação das políticas públicas (SOUZA, 2013). No caso brasileiro, Rocha (2013) acredita que a liberdade para distribuição orçamentária das políticas públicas é bem limitada, já que existem direitos sociais em que existem percentuais pré-fixados. Entra nesta perspectiva, também, a existência das verbas carimbadas, que são dotações orçamentárias com destinação pré-definida. Sobre as “verbas carimbadas”, aqueles percentuais fixados pela legislação do montante que será destinado às políticas sociais, como saúde e educação, Fonseca (2007) ressalta a sua importância dado o histórico brasileiro das elites de apropriação do aparelho estatal.

Grande parte da literatura sobre federalismo e descentralização a partir dos anos 1990 tratou de afirmar que processos de descentralização de políticas públicas deveriam ser intensificados no Brasil com vistas ao fortalecimento do município, afinal, o lugar onde mora o cidadão. A montagem de sistemas universais para políticas públicas de educação, saúde e assistência social deve ter como motivação esta prerrogativa de transferências da ação da política pública para o cidadão no município” (MONTEIRO NETO et al., 2017, p. 58).

Acrescenta-se, também, a obra publicada pelo Ipea, sob organização de Aristides Monteiro Neto, que versa sobre as limitações e as capacidades estaduais dentro da estrutura

federativa brasileira (MONTEIRO NETO, 2014). Por toda a obra, é reconhecido a fragilidade que os Estados tiveram na composição do federalismo. Se por vezes, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Governo Central foi forte e por vezes houve o fortalecimento das prerrogativas do Município, o Estado nunca ganhou protagonismo. Apesar da importância da discussão sobre o papel dos Estados membros federados na promoção do equilíbrio das esferas federativas, acredita-se que aqueles não ficaram à deriva na construção de um modelo federativo forte, pautado pelos ideais democráticos e participativos. Os Estados devem retomar mais fortemente a sua capacidade de mediador entre o governo central e o Município, que é a esfera de realização dos direitos e dos serviços, estabelecendo os elementos de cooperação tão necessários para o bom funcionamento da federação e da Administração Pública.

Entende-se que a escolha por dotar o Município de autonomia se deve a esta vontade do constituinte de aproximação de governantes e governados, de estabelecer comunicação mais direta entre a sociedade civil e o Estado, além de estabelecer maiores princípios de cooperação e de entendimento e conhecimento local para a implementação das políticas públicas e do desenho estatal. “Ou seja, o foco central para os atores em geral, e para os entes da federação – equacionado de forma satisfatória o problema da distribuição de poder –, foi buscar um desenho institucional adequado para dotar as políticas públicas de maior eficiência” (ROCHA, 2013, p. 31).

A descentralização que se coaduna com o federalismo é aquela que insufla os cidadãos a participarem das decisões de poder e, nesse sentido, se sentirem destinatários e autores de suas próprias leis, ampliando o espaço público e permitindo a formação de uma cidadania democrática e pluralista (BERNARDES, 2010, p. 81).

Assim, é impossível desassociar a ideia de participação e de cooperação do arranjo federativo brasileiro à força que o Município representa dentro da estrutura federativa tridimensional.

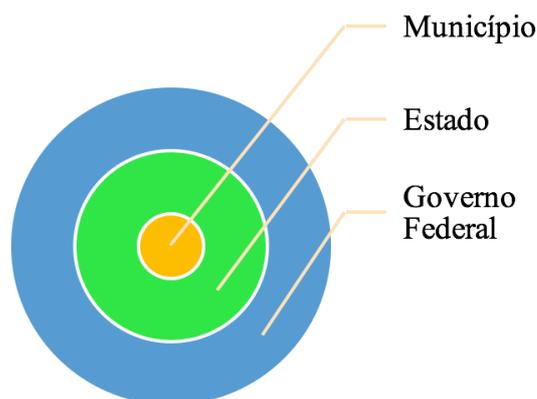
2.6 Entendendo as leis e sua hierarquia

Antes de se prosseguir para o segundo capítulo teórico desta dissertação, introduz-se um apêndice à discussão estabelecida para o entendimento da hierarquia das normas no ordenamento jurídico brasileiro.

Inicialmente, é imperativo reforçar que não existe hierarquia no âmbito das normas federais, estaduais e municipais entre si. A abrangência dessas normas possui caráter

territorial. Assim, um cidadão que vive no Município de Feliz, por exemplo, se encontra igualmente tutelado entre as normas do Município de Feliz, pelas normas do Estado do Rio Grande do Sul e pelas normas de âmbito federal¹³.

Figura 3 - Competência dos entes federados pela perspectiva territorial



Fonte: elaboração da autora.

Entretanto, ressalta-se que as normas, dentro de cada âmbito, possuem uma hierarquia entre si.

A possibilidade de criação de leis não é mais um atributo exclusivo do Poder Legislativo. Porém, o Congresso, e as demais estruturas de poder legislativas dos demais entes federados, continuam sendo a casa das leis, que emana a vontade do povo.

A construção do ordenamento jurídico brasileiro segue a linha de formação da “pirâmide” proposta por Hans Kelsen, em que a norma constitucional estará no topo da hierarquia¹⁴ (KELSEN, 1998).

¹³ Assim, nesta perspectiva federativa, consolida-se a seguinte compreensão: “Não se pode falar em hierarquia de atos normativos. Existem campos de atribuição, definidos pelo constituinte originário. Não se pode afirmar, por exemplo, que a lei municipal é hierarquicamente inferior a certa lei federal. No fundo, o que se tem são campos de atuação e, portanto, se eventualmente determinado Município legisla sobre assunto de competência da União, o vício não é legislativo (entre as leis), mas, em essência, constitucional, ou seja, em relação à competência federativa para legislar sobre aquele assunto” (LENZA, 2016, p. 556).

¹⁴ Cabe aqui fazer uma breve explicação. A teoria pura do direito proposta por Hans Kelsen ressalta a positividade do direito e a segregação deste das demais considerações das ciências sociais humanas, como a moral. Acredita-se aqui que, apesar do caráter extremamente inovador, o direito se correlaciona com os demais campos do conhecimento, e que a consideração sobre a teoria de Kelsen não deve ser levada a cabo de maneira tão purista. É inegável que o ordenamento jurídico brasileiro se baseia neste sistema de hierarquia de normas, e é por conta deste fator que se traz o entendimento de Kelsen para o desenvolvimento deste trabalho.

O artigo 59 da Constituição Federal, que versa sobre o processo legislativo, enumera sete tipos de elaboração de normas diferentes: emendas à Constituição; leis complementares, que recebe a observação de versar sobre elaboração, alteração e consolidação das leis; leis ordinárias; medidas provisórias; decretos legislativos; e resoluções (BRASIL, 1988).

A Emenda Constitucional (art. 60, CF/88) é a norma capaz de alterar o texto constitucional, com certas limitações. Pelo seu grande poder reformador, o rito de votação e aprovação das emendas, difere do rito das demais legislações. Acrescenta-se que a incorporação de tratados e convenções internacionais que versam sobre os direitos humanos faz com que estes possuam status de emenda constitucional. Assim, Constituição, Emendas e Tratados de direitos humanos compõem o chamado Bloco Constitucional.

Formando o bloco infraconstitucional, tem-se as leis e os ordenamentos com força de lei. Leis complementares são aquelas que complementam os ditames constitucionais, em que a própria norma máxima prevê a sua existência. Necessitam de maioria absoluta para a sua aprovação, diferentemente da aprovação por maioria simples das leis ordinárias. Estas representam a maioria das leis brasileiras e versam sobre diversos temas. Assim, as diferenças entre as leis complementares e ordinárias (art. 61, CF/88) versam sobre a matéria – pois naquelas o seu conteúdo está definido no texto constitucional – e no rito de aprovação – em que aquelas exigem maioria absoluta (art. 69, CF/88), enquanto que nestas se exige maioria simples. A Lei Delegada se encontra regulamentada através do art. 68 da CF/88, que dispõe que essa será editada pelo Presidente da República, através de delegação solicitada ao Congresso Nacional, que autorizará ou delegará através de resolução. É a norma sucessora do antigo Decreto-Lei, instituído pela Constituição de 1937. A Medida Provisória (art. 62, CF/88) é um ato provisório expedido pelo Presidente da República com força de lei que tem validade até a sua rejeição ou conversão em lei pelo Congresso Nacional, com prazo de 120 dias contado após a publicação da medida. O Decreto Legislativo (art. 49, CF/88) regulamenta as matérias de competência exclusiva do Congresso Nacional. As resoluções previstas pela Constituição advêm do Congresso Nacional.

De fato, o que importa é essa ilustração acerca da hierarquia das normas e a compreensão de que uma norma se encontra de acordo com a norma a ela superior e assim por diante, destacando a magnitude da norma constitucional para o ordenamento do Estado de Direito brasileiro.

Neste sentido: “No direito, percebe-se um verdadeiro escalonamento de normas, uma constituindo o fundamento de validade de outra, numa verticalidade hierárquica. Uma norma, de hierarquia inferior, busca o seu fundamento de validade na norma superior, e esta, na seguinte, até chegar à Constituição, que é o fundamento de validade de todo o sistema infraconstitucional” (LENZA, 2016, p. 556).

Seguindo, é importante acrescentar os ordenamentos advindos do poder regulamentar¹⁵ da Administração Pública, como prerrogativa disciplinar do direito público.

A formalização do poder regulamentar se processa, basicamente, por *decretos e regulamentos*. Nesse sentido é que o art. 84, IV, da Constituição Federal dispõe que ao Presidente da República compete expedir decretos e regulamentos para a fiel execução das leis. Pelo Princípio da simetria constitucional, o mesmo poder é conferido a outros Chefes do Poder Executivo (governadores, prefeitos, interventores) para os mesmos objetivos.

Há também atos normativos que, editados por outras autoridades administrativas, podem caracterizar-se como inseridos no poder regulamentar. É o caso de instruções normativas, resoluções, portarias etc. Tais atos têm frequentemente um círculo de aplicação mais restrito, mas, veiculando normas gerais e abstratas para explicitação das leis, não deixam de ser, a seu modo, meios de formalização do poder regulamentar.

Por esse motivo é que considerando nosso sistema de hierarquia normativa, podemos dizer que existem graus diversos de regulamentação conforme o patamar em que se aloje o ato regulamentador. Os decretos e regulamentos podem ser considerados como *atos de regulamentação de primeiro grau*; outros atos que a eles se subordinem e que, por sua vez, os regulamentem, evidentemente com maior detalhamento, podem ser qualificados como *atos de regulamentação de segundo grau*, e assim por diante. Como por exemplo de atos de regulamentação de segundo grau, podemos coitar as instruções expedidas pelos Ministros de Estado, que têm por objetivo regulamentar as leis, decretos e regulamentos, possibilitando sua execução. (CARVALHO FILHO, 2017, p. 71)

Os atos que organizam e ditam o funcionamento da Administração Pública possuem conteúdo normativo, porém são considerados atos ordinários por não escaparem da sua esfera de atuação, não tutelando terceiros e particulares de forma direta. A diferença que se estabelecem sobre os demais atos que serão aqui introduzidos diz respeito à hierarquia de quem os elabora. “Os atos administrativos, (...) pressupõem a existência de lei, ainda que provenham das autoridades mais graduadas da Administração. Em consequência, apenas estes, e não aqueles, é que são idôneos ao exercício do efetivo poder regulamentar” (CARVALHO FILHO, 2017, p. 74).

Seguindo em importância normativa, explica-se que as resoluções são atos normativos de autoridades de alto escalão dentro da Administração Pública, abrangendo sua competência a todas as pessoas jurídicas e todos os agentes por quem a sua expedição é responsável. Já as deliberações são frutos de organismos colegiados. Somando-se, os regimentos versam sobre a organização dos organismos.

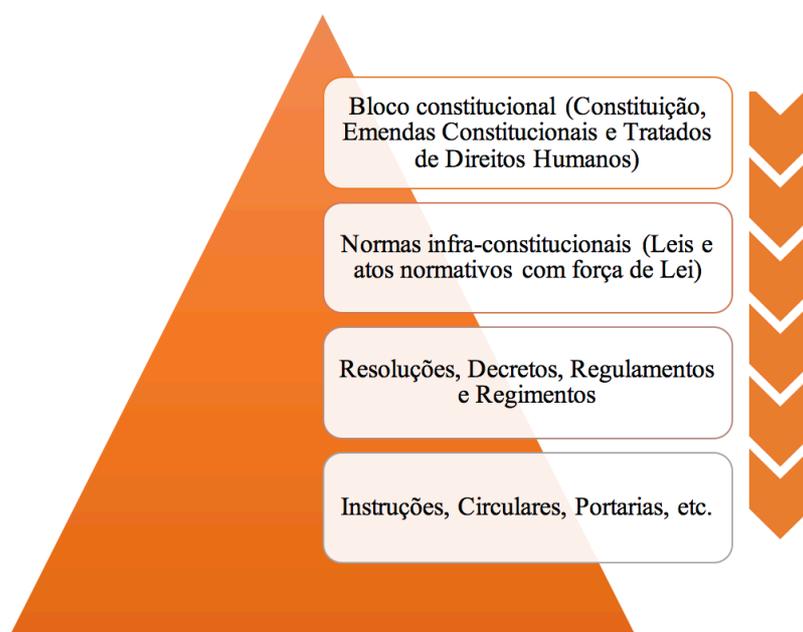
¹⁵ “O poder regulamentar é subjacente à lei e pressupõe a existência desta. É com esse enfoque que a Constituição autorizou o Chefe do Executivo a expedir decretos e regulamentos: viabilizar a efetiva execução das leis (art. 84, IV)” (CARVALHO FILHO, 2017, p. 72)

Já instruções, circulares, portarias, ordens de serviço, provimentos e avisos:

Todos esses atos servem para que a Administração organize sua atividade e seus órgãos, e, por essa razão, são denominados por alguns autores de ordinatórios. Apesar de auxiliarem a Administração a definir melhor sua organização interna, a verdade é que, na prática, encontramos muito deles ostentando caráter normativo, fato que provoca a imposição de regras gerais e abstratas (CARVALHO FILHO, 2017, p. 118).

Pode-se, assim, ter como forma de visualização da hierarquia das normas – espelhada a todos os entes federativos – a seguinte figura:

Figura 4 - Hierarquia dos instrumentos normativos no ordenamento jurídico brasileiro



FONTE: BRASIL, 1988; KELSEN, 1998; LENZA, 2016; CARVALHO FILHO, 2017. Elaboração da autora.

A falta de codificação da legislação brasileira de matéria administrativa dificulta este entendimento de como se estabelece a hierarquia dos instrumentos normativos que regem o funcionamento da Administração Pública.

O sistema legislativo pátrio não adotou o processo de codificação administrativa, de modo que cada pessoa federativa, cada pessoa administrativa ou até órgãos autônomos dispõem sobre quem vai expedir esses atos e qual será seu conteúdo. As tentativas que os estudiosos encetaram para distingui-los têm sido infrutíferas, pois que é grande a variação que sofrem no que se refere ao conteúdo e à competência dos agentes. Entendemos, porém, que na prática administrativa atual é irrelevante

distingui-los. Relevante é primeiramente entendê-los como instrumentos de organização da Administração. Depois, é verificar se, em cada caso, foi competente o agente que os praticou; se estão presentes seus requisitos de validade; e qual o propósito do administrador. E, sobretudo, se observam o princípio da legalidade. (CARVALHO FILHO, 2017, p. 118).

É por este motivo que se utilizou este capítulo para uma breve explicação sobre a diferenciação entre os atos normativos de competência do direito público e da abrangência das normas no território, em virtude do federalismo tridimensional brasileiro.

Soma-se a essa vontade a introdução dos instrumentos normativos que serão analisados como escopo desta dissertação, já que o propósito é ver a capacidade deliberativa que os instrumentos de gestão participativa possuem em se transformar em instrumentos normativos até o nível supra introduzido. Neste mesmo diapasão, a importância da Constituição Federal de 1988 é sempre revelada como a fonte primária do ordenamento jurídico brasileiro, como fonte do esboço da organização estatal e, principalmente, como elemento garantidor dos direitos fundamentais e, principalmente, da democracia.

A Constituição Federal de 1988 marca a retomada democrática do Estado brasileiro depois de décadas de cerceamento de direitos tidos como fundamentais. Depois de um período de centralismo político, era natural que a abertura democrática se revelasse em um grande processo de descentralização das esferas de poder. “Nesse novo paradigma do Estado Democrático de Direito, o princípio do federalismo é complementar ao princípio democrático” (BERNARDES, 2010, p. 269).

O federalismo no Brasil, como visto, não é um modelo novo, e nem foi implementado pela primeira vez no século XX. É uma estrutura antiga que, alternando entre características liberais e cooperativas, sobreveio após a ditadura militar para assegurar os fundamentos constitucionais de cidadania e democracia.

Neste sentido, o mecanismo criado para se garantir a democracia e o exercício da cidadania pelo povo foi a instituição de um federalismo tridimensional. Se antes a união e os estados eram capazes de assegurar a descentralização da política, agora o município se eleva ao status de ente federado pois “dentre todas as instituições políticas, a municipal é sem dúvida a que melhor transmite o sentimento de cidadania e liberdade” (ZIMMERMANN, 1999, p. 46).

Acentuamos, para ficar claro, que a realidade política mais importante não deve ser o Estado; mas, sim, a sociedade organizada composta por cidadãos livre e participativos nas suas variadas instituições e comunidades locais. Nesta análise, o Estado é apenas uma instituição pública que se especializa em assuntos que dizem

respeito aos interesses políticos dos seus cidadãos. É, portanto, uma organização de esfera nacional cuja função é exclusivamente institucional, e não mais possuidora de um fim em si mesma. Se o Estado elabora e promove o cumprimento de suas leis, se vela pela manutenção da segurança pública, tudo existe em proveito de cada indivíduo desta sua sociedade nacional. Em sendo mais um nível de poder, devem os seus agentes atuar a serviço da sociedade, e para ela prestar contas, recebendo constante fiscalização (ZIMMERMANN, 1999, p. 25).

Da premissa que todo poder emana do povo, a participação popular ganha importância máxima quando incluída na formulação das políticas públicas. Nas instituições que promovem os direitos sociais, a participação é prevista constitucionalmente, dada a sua relevância. Se o governo atua para o povo, o povo deve fazer parte do governo. Assim, a gestão participativa se torna fundamental na administração pública.

3 O PODER QUE EMANA DO POVO: INSTRUMENTOS, PARTICIPAÇÃO E DELIBERAÇÃO

A ideia de concretização de um federalismo de fato democrático é acompanhada pela máxima de que todo poder emana do povo. Fundamento constitucional basilar, essa suposição é posta à prova constantemente, principalmente quando se questiona o verdadeiro propósito do Estado.

Neste sentido, não há como discutir os desdobramentos do federalismo para a gestão e os efeitos da participação sem entrelaçar esses conceitos com o de democracia. Afinal, “a democracia é o acordo sobre um conjunto de regras que assegurem a autorização para a tomada de decisões em nome da maioria” (FLEURY, 2015, p. 240)

A democracia passa a ser vista, mais do que como um procedimento, como uma prática social na qual se constroem as identidades coletivas, ou seja, uma nova gramática de organização da sociedade que permite redefinir os vínculos sociais, incluir novos temas e atores e, em termos gerais, ampliar o político (FLEURY, 2015, p. 241).

O debate sobre os novos arranjos federativos ao redor do mundo se pauta pelos princípios da descentralização e da participação, fundando novos caminhos de contornar os limites da democracia representativa adotada em diversas nações. Inicialmente, deve se ter em mente que a discussão sobre as alternativas democráticas para a crise da democracia representativa, como participativa e deliberativa, não significa extinguir o primeiro modelo (FUNG, 2006; PROGEBINSCHI, SAMUELS, 2014). Neste interim, “a democracia participativa é vista não como a negação, mas como um complemento necessário da democracia representativa, elemento de inovação indispensável para que a representação consiga interagir de forma eficiente como os novos termos do jogo social” (NOGUEIRA, 2015, p. 248).

Um aspecto importante dessas novas formas é que elas não aparecem puras na política contemporânea. As eleições continuam sendo uma maneira mais democrática de escolha dos representantes que ignoram essa representação, seja no âmbito nacional, seja no internacional, tendem a se deslegitimar entre os seus próprios eleitores e têm sido muitas vezes incapazes de implementar a sua própria agenda. Assim, é cada vez mais frequente o encontro entre representantes eleitos e advogados de ONGs internacionais ou de representantes eleitos e representantes da sociedade civil em instituições híbridas (Avritzer e Pereira, 2005) no campo das políticas públicas (AVRITZER, 2007, p. 459).

As formas tradicionais de governo liberais desenvolvidas ao longo do século XIX, em especial a democracia representativa e a administração técnico-burocrática, já não conseguem satisfazer os novos desafios apresentados no século XXI. O formato de eleições baseadas na organização territorial, tanto para o poder legislativo quanto para o poder executivo, como instrumento de representação política falha com o ideário democrático:

(...) facilitar o envolvimento político através da produtividade, elaboração e implementação de políticas públicas que criem uma economia produtiva e sociedade saudável e, em versões radicais de igualitarismo de ideal democrático, assegurando que todos os cidadãos se beneficiem da riqueza da nação¹⁶ (FUNG, WRIGHT, 2003, p. 3).

É indiscutível o aumento do debate de outras formas de se democratizar os governos, ampliando a discussão principalmente sobre democracia deliberativa e democracia participativa, demonstrando a importância da participação popular na construção de caminhos cada vez mais democráticos. Democracia representativa não corresponde ao significado de soberania popular, devido à “assimetria de informações, deliberada ou não, entre representantes e representados, de insuficiências de capacidade cognitiva dos atores e da imperfeição dos instrumentos de sanção destinados a controlar a relação de representação” (GOMES, 2015, p. 897). Neste caminho, Pogrebinski e Samuels (2014) discorrem que a ciência política só vai olhar com outros olhos a democracia participativa quando se estabelecer se esta ameaça a estabilidade democrática e se colabora para a melhoria da democracia.

O conceito de democracia participativa para Lock é de aquela que “se consolida na medida em que os cidadãos utilizem todas as possibilidades participativas expressas na legislação e através delas ampliem ainda mais o dever dos governantes ouvir a sociedade e prestar contas de suas gestões” (LOCK, 2004, p. 127), efetivando o conceito de participação popular. Já “a democracia deliberativa é definida como resultante da decisão coletiva que emerge de arranjos que agregam escolhas coletivas estabelecidas em condições de livre e pública argumentação entre iguais, governados por essas decisões” (FLEURY, 2015, p. 239).

A democracia participativa inclui a participação popular na tentativa de religar democracia e cidadania ativa, uma vez que a participação da sociedade civil faz com que

¹⁶ Tradução nossa. No original: forging political consensus through productive, devising and implementing public policies that ground a productive economy and health society, and, in more radical egalitarian versions of the democratic ideal, assuring that all citizens benefit from the nation's wealth.

sejam reconhecidas informações trazidas pela população de sua realidade, importantes no processo de construção da tomada de decisão (MOURA, LACERDA, ALMEIDA, 2011).

Entende-se que o fortalecimento da cidadania e do cidadão só pode ser pleno se o Estado está em alinhamento com os ideais do povo. Todavia, é inegável que a forma que a representação da vontade popular, chegando a ser oposta em diversos. Neste interim, “compatibilizar a democracia representativa com a participativa surge como uma alternativa para a crise que, nas últimas décadas, a democracia vem sofrendo” (MOURA, LACERDA, ALMEIDA, 2011, p. 120). Por isso a importância da participação popular e da necessidade de se repensar a democracia brasileira.

Maria Benevides atenta ao fato da representação no Brasil ser teatral, alterando o sentido da soberania popular como equivalente ao conceito de democracia, revelando “a representação do poder diante do povo e não a representação do povo diante do poder” (BENEVIDES, 1994, p. 12).

A institucionalização de práticas de participação popular tem o apreciável mérito de corrigir essa involução do regime democrático, permitindo que o povo passe a se interessar diretamente pelos assuntos que lhe dizem respeito e, sobretudo, que se mantenha informado sobre os acontecimentos de interesse nacional (BENEVIDES, 1994, p. 15-16).

Diante deste cenário, é inquestionável a importância dos mecanismos crescentes de participação no cenário brasileiro para a consolidação da democracia. Nesta lógica, Moura, Lacerda e Almeida (2011) discorrem que a ideia de democracia está mais relacionada à natureza das instituições que desempenham a tomada de decisões do que à esfera governamental que seria responsável pela gestão.

A participação social interfere diretamente na Administração Pública na concepção mutante, e coletiva, de interesse público na prática. Para Santos (2014), a participação na Administração se trata de direito fundamental, com perfil de direito político. A democracia, traço fundamental do Estado Democrático de Direito brasileiro, é a base fundamental e se desdobra, na esfera da Administração Pública, na participação administrativa, apesar de muitas vezes não ser arrolado como princípio de direito administrativo. Ressalta-se, também, que apesar dos esforços de incluir a participação na organização estatal, é incontestável que o maior marco seja a Constituição de 1988.

As denominadas “novas” teorias do desenvolvimento resgatam, então, a importância política da participação no âmbito local na atualização de modelos democráticos, para superar a crise de legitimidade do Estado e dos sistemas de representação da democracia liberal e também para reconhecer sua importância estratégica na

sustentabilidade da intervenção das políticas fragmentadas e focalizadas, particularmente aquelas dos organismos internacionais de financiamento e cooperação (ECHAVARRIA, 2013, p. 358).

Avritzer (2007), ao falar sobre a teoria política de representação contemporânea de Urbanati, coloca que “o problema da representação contemporânea está ligado à evolução das práticas políticas que tornam sua modalidade eleitoral uma maneira relevante, mas incapaz de dar conta da totalidade das relações de representação entre os atores sociais e o Estado” (p. 452). Outro ponto que legitimaria a representação não eleitoral seria a separação entre os conceitos de soberania e representação.

Para Auad et al. (2004), o desvio de finalidade e a ação por interesse das elites são as principais reclamações dos brasileiros em relação à democracia. Continuam os autores que a inclusão de mecanismos de participação popular tomaria o rumo para uma democracia semidireta, corrigindo alguns problemas que os sistemas representativos e partidários mantêm.

Mansbridge et al. (2012) apontam para a preocupação crescente da qualidade da deliberação nas democracias e das alternativas encontradas para melhorar este processo deliberativo focando em duas principais estratégias: a primeira consiste em alterar os processos deliberativos nos ordenamentos legislativos; a segunda consiste na confecção e fortalecimento das pequenas iniciativas deliberativas aportada por cidadãos.

Um sistema deliberativo é aquele que abrange uma abordagem baseada em conversas para conflitos políticos e resolução de problemas – através da argumentação, demonstração, expressão e persuasão. **Em um bom sistema deliberativo, a persuasão que levanta considerações relevantes deve substituir a supressão, a opressão e a negligência irrefletida.** Normativamente, uma abordagem sistêmica significa que o sistema deve ser julgado como um todo, além das partes sendo julgadas de forma independente. Precisamos perguntar não só o que a boa deliberação seria em geral e em configurações particulares, mas também o que um bom sistema deliberativo deveria envolver¹⁷ (MANSBRIDGE et al., 2012, p. 4-5. GRIFO NOSSO).

Acrescenta-se, também que “no Estado Moderno, um povo que se auto governa é composto por todos aqueles e somente aqueles que são autores e sujeitos da Lei. Nesse

¹⁷ Tradução nossa. No original: A deliberative system is one that encompasses a talk-based approach to political conflict and problem-solving – through arguing, demonstrating, expressing and persuading. In a good deliberative system, persuasion that raises relevant considerations should replace suppression, oppression, and thoughtless neglect. Normatively, a systemic approach means that the system should be judged as a whole in addition to the parts being judged independently. We need to ask not only what good deliberation would be both in general and in particular settings, but also what a good deliberative system would entail.

sentido, o povo é um soberano supremo, como muitas vezes é expresso em Constituições¹⁸” (BOHMAN, 2012, p. 78).

Em países como o Brasil, em que a retomada da democracia após regime totalitário é recente, a construção da democracia é feita a partir da participação, principalmente pelo contexto histórico-político de construção de identidades e de luta dos movimentos sociais (NOGUEIRA, 2015).

Ressalta-se, desta forma, a importância que a participação social para a discussão dos novos processos deliberativos e das novas formas de democracia, na consolidação de um Estado Democrático de Direito que condiz com a vontade popular e que de fato representa o poder que emana do povo.

Antes de se adentrar nos mecanismos criados no âmbito brasileiro de participação e das formas de gestão participativa, é mister a exploração e fortalecimento de dois conceitos norteadores deste trabalho: ação pública e instrumentos de gestão. A participação é só um dos grandes esforços da transformação de enxergar a política pública como ação pública, pois é inegável a variedade de atores sociais que são constituintes da ação pública, principalmente quando se aborda o campo da gestão. Neste mesmo sentido, escolheu-se analisar os conceitos aqui apresentados a partir da teoria da Instrumentação da Ação Pública, como a seguir demonstrado.

3.1 Ação Pública e Instrumentos de Gestão

Para melhor compreensão da abordagem feita neste trabalho, faz-se imprescindível a explicação de duas colocações: a de ação pública e de instrumento de gestão.

Acredita-se que os modelos que são utilizados nas vertentes clássicas de estudo e de execução da Administração Pública já se encontram defasados e não conseguem contemplar com clareza os novos arranjos que se fazem cada vez mais presentes neste século. Assim, substituiu-se essa estrutura centralizada e altamente hierarquizada por uma estrutura mais descentralizada e que coloca a transversalidade como elemento cooperativo dos entes da Administração Pública.

¹⁸ Tradução nossa. No original: In the modern state, a self-ruling people consists of all those and only those who are both authors and subjects of the law. In this sense, the People are a supreme sovereign, as it is often expressed in constitutions.

Neste diapasão, coloca-se a definição da ação pública, em substituição ao termo política pública dado o surgimento e maior envolvimento interativo entre os atores sociais, não só inseridos na ótica governamental.

Esse conjunto de interações que tem, pouco a pouco, substituído a expressão políticas públicas por ação pública, considerada mais adequada para definir o fenômeno contemporâneo. Políticas públicas têm abrangência mais restrita na medida em que implicam exclusivamente a intervenção do Estado, ações governamentais, atuação setorial das atividades etc. Ação pública, por sua vez, se aplica não só à atuação da Administração Estatal, mas também a de outros atores públicos ou privados originários da sociedade civil, que agem conjuntamente em busca de objetivos comuns, sobretudo a efetivação dos direitos sociais (SARMENTO, 2012, p. 13).

Aproveita-se para esclarecer que neste trabalho, devido ao costume ainda recorrente de se dizer “política pública” quando se quer tratar de “ação pública”, os termos são utilizados como equivalentes. A identificação da política pública, e a quebra deste paradigma, em seu escopo mais amplo de ação pública é uma construção lenta e gradual. Por isso optou-se por essa escolha.

No campo de análise deste estudo, são diversos os elementos que podem ser entendidos pelo viés da ação pública. A questão da promoção da participação é apenas parte deste processo de entendimento de arranjos federativos.

E o mais intrigante é que em tais Estados [compostos], como sobejamente refere a doutrina, é praticamente impossível que a prossecução de uma política pública resulte da escolha de um só actor, isto é, cada unidade decisória deve ter em conta as estratégias seguidas pelas demais, por que as *decisões tomadas por cada ente governativo inserem-se inevitavelmente num sistema decisório global* (Francesca Morata) (SILVEIRA, 2007, p. 10).

A análise da ação pública através da instrumentação permite que seja possível a flexibilização da aplicação da política. A alteração do instrumento pode, por exemplo, acarretar na alteração do seu objeto sem modificar seu público (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012).

Lascoumes e Le Galès (2012b, p. 20) colocam que a instrumentação da ação pública é “*o conjunto dos problemas colocados pela escolha e o uso dos instrumentos (técnicas, meios de operar, dispositivos) que permite, materializar e operacionalizar a ação governamental*”.

Apesar da multiplicidade de perspectivas e de aplicações que os instrumentos podem ter, a sua composição pressupõe a existência de três elementos: substrato técnico, representação esquemática de organização e filosofia gestonária (*Ibidem*). Neste mesmo

sentido, “*Um instrumento de ação pública constitui um dispositivo que ao mesmo tempo técnico e social que organiza relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função das representações e das significações das quais é portador*” (Ibidem, p. 21).

O Instrumento seria “um dispositivo técnico com vocação genérica portador de uma concepção concreta da relação política/sociedade e sustentado por uma concepção da regulação” (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a, p. 22).

Diferentemente de outras abordagens que usam os termos como sinônimos, Lascoumes e Le Galès atribuem significados diferentes para instrumento técnica e ferramenta.

O instrumento é um tipo de instituição social (o recenseamento, a cartografia, a regulação, a taxação, etc.); a técnica é um dispositivo concreto que operacionaliza o instrumento (a nomenclatura estatística, a escala de definição, o tipo de figuração, o tipo de lei ou o decreto); finalmente, a ferramenta é um micro dispositivo dentro de uma técnica (a categoria estatística, a escala de definição da carta, o tipo de obrigação previsto por um texto, uma equação calculando um índice)” (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012b, p. 22).

Estudar instrumento de gestão não se restringe à concepção do artefato, mas abrange os efeitos de seu uso no mundo concreto. Assim, a escolha do instrumento não é neutra (AGGERI, LABATUT, 2001).

Pensar através do instrumento, também, permite que os aspectos que envolvem a implementação de uma política não perpassem substancialmente no campo político. A instrumentação da ação pública atua na construção teórica da relação entre governante e governado (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a).

A descentralização e as dinâmicas que ela induz em termos de gestão territorializada e contratualizada são erroneamente na maior parte das vezes percebidas como uma fragmentação da ação pública e um recuo do Estado. Um movimento inverso de recentralização se observa em médio prazo através das atividades de designação, de delimitação e de tratamentos dos desafios via instrumentos dotados de quase-automaticidade” (LASCOUME, LE GALÈS, 2012a, p .37).

Lascoumes e Le Galès (2012a) classificam os instrumentos em quatro distintas categorias: legislativo e regulador; econômico e fiscal; convenção e incentivo; e informativo e de comunicação. Neste sentido:

O essencial dos trabalhos de política pública consagrados à questão da instrumentação é marcado por uma forte orientação funcionalista que se caracteriza por quatro traços:

- a ação pública é fundamentalmente concebida em um sentido pragmático, isto é como um procedimento político-técnico de resolução de problemas por meio de instrumentos;
- raciocina-se em termos de naturalidades desses instrumentos que são considerados como estando à disposição” e que não põem questões em termos de melhor adequação possível aos objetivos fixados;
- a questão da eficácia dos instrumentos é a problemática central. Os trabalhos sobre a operação das políticas consagram uma grande parte de suas investigações à análise de pertinência dos instrumentos e à avaliação dos efeitos criados;
- face às lacunas faz ferramentas clássicas, e sempre em uma direção pragmática, a pesquisa de novos instrumentos é, muito frequentemente, considerada, seja por oferecer um ramo de alternativa aos instrumentos habituais (cujos limites foram demonstrados por numerosos trabalhos sobre a operação), seja por conceber meta-instrumentos permitindo uma coordenação dos instrumentos tradicionais (planejamento, esquema de organização, convênio)” (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012b, p. 33).

Trazendo para a questão brasileira, neste contexto:

podemos definir os institutos jurídicos de participação popular na Administração, em traços gerais, como instrumentos legalmente previstos que possibilitem aos administrados, diretamente, ou através de representantes escolhidos especificamente para este fim, tomar parte na deliberação na execução ou no controle das atividades desenvolvidas pela Administração Pública, com o objetivo de tornar a atuação administrativa mais eficiente, e dar efetividade aos direitos fundamentais, por meio da colaboração entre a sociedade e a Administração, da busca de adesão, do consentimento e do consenso dos administrados e, afinal, da abertura e transparência dos processos decisórios (PEREZ, 2004, p. 96) (SANTOS, 2014, p. 441).

A concepção de instrumentos de gestão perpassa, no enredo desta dissertação, pela ideia de construção de espaços deliberativos como da participação em si: “Dessa maneira, a participação se define como um “instrumento” de gestão que contribui para a adequação das estratégias de desenvolvimento, cuja difusão deve ser cuidadosamente avaliada de acordo com as capacidades e as necessidades de cada comunidade” (ECHAVARRIA, 2013, p. 361).

A ideia de ação pública e o conceito de instrumentação da ação pública perpassam ao longo desta dissertação como elementos chaves, interligando os conceitos apresentados de participação, deliberação, democracia e gestão no arranjo federativo.

Tem-se, como exemplo, a colocação dos Conselhos Nacionais como fóruns híbridos caracterizados por Cruz (2017) como Ação Pública Transversal e Participativa.

A aproximação do conceito de dinâmica transversal ao conceito de fóruns híbridos traz consigo o aporte de que, ao mesmo tempo que os fóruns híbridos são transversais, as ações públicas transversais, para serem democráticas, requerem fóruns híbridos e seus procedimentos dialógicos (CRUZ, 2017, p. 66-67).

A federação atua com a existência de pelo menos duas esferas de poder, representando, assim, pelo menos dois atores que possuem interesses comuns e concorrentes,

além dos interesses da população que em certos casos são adversos aos propósitos dos governantes. No caso brasileiro, além dos três níveis federativos, a ampliação de mecanismos de participação multiplicou a quantidade de atores envolvidos com a Administração Pública e na construção de um Estado democrático.

Devido à falta de neutralidade da escolha do instrumento de ação pública, a criação, ampliação e consolidação desses mecanismos participativos, como espaços deliberativos que envolvem mais de um ator social, representam o compromisso do Estado brasileiro, consolidado na escrita do constituinte do texto maior vigente, em aprofundar as características democráticas do país.

Assim, estabelece-se o laço entre gestão participativa e federalismo, através do propósito da ampliação da participação, da descentralização e da democracia brasileira.

3.2 Participação, deliberação e democracia

A partir do compromisso firmado pelos governantes na Constituição Cidadã, o provimento de serviços e garantias de direitos humanos tidos como fundamentais se insere nesta lógica de descentralização dos órgãos e das estruturas de poder. Devido às assimetrias regionais de um país tão vasto, pensar as políticas públicas como uniformes para toda a extensão territorial é incorrer em uma homogeneização antidemocrática e antirrepresentativa.

Participação e democracia são conceitos extremamente interligados principalmente para autores como Archon Fung (2006). O autor defende a criação de uma teoria que trate sobre a forma de participação nos governos atuais. Na democracia moderna, não há uma forma definida de como deve ser feita a participação, tomando como base o governo grego de Atenas.

Fung (2006) coloca que existem três dimensões distintas que podem variar nos processos de participação direta. O primeiro se refere a quem participa. Enquanto em algumas arenas a participação é aversa, disponível para todos os públicos, em alguns casos os participantes são específicos, como representantes de grupos de interesses. A segunda dimensão trata sobre como os participantes trocam informação e conhecimento e tomam decisões. Enquanto que em grande parte das arenas participantes apenas recebem informações e explicações oficiais, alguns poucos espaços possuem caráter realmente deliberativo, onde podem tomar partido, explicar as razões e mudar de opinião. A terceira

dimensão diz respeito sobre a correlação entre as discussões e a ação pública efetiva. Essas dimensões determinam a capacidade e as limitações da forma de participação. Esses três aspectos são chamados por Secchi (2015), respectivamente, de acessibilidade, tipo de interação e grau de influência.

Colocando essas três dimensões de seleção dos participantes, modo de comunicação e extensão da influência, produz-se um espaço tridimensional – um cubo da democracia – de escolhas de desenho institucional segundo as quais variáveis de mecanismo participativos podem ser localizados e contrastados com arranjos mais profissionalizados¹⁹ (FUNG, 2006, p. 70).

Democracia representativa não corresponde ao significado de soberania popular, devido à “assimetria de informações, deliberada ou não, entre representantes e representados, de insuficiências de capacidade cognitiva dos atores e da imperfeição dos instrumentos de sanção destinados a controlar a relação de representação” (GOMES, 2015, p. 897).

Sobre deliberação democrática, Almeida e Cunha (2011) colocam:

Alguns conselhos integram sistemas nacionais de participação e deliberação complexos, em que a deliberação ocorre em instâncias nas quais prevalece a participação (fóruns de organizações da sociedade civil), a negociação (comissões intergestores), o debate e a decisão (conselhos e as conferências), a representação eleitoral (casas legislativas) e a articulação (rede de instituições governamentais e da sociedade civil), como nas áreas de saúde e da assistência social (CUNHA, 2009; HENDRIKS, 2006).

A natureza deliberativa desses arranjos institucionais indica que eles tenham a função normativa de debater, decidir e controlar a política pública à qual estão vinculados, ou seja, que apresentam o potencial de propor e/ou alterar o formato e o conteúdo de políticas e, com isto, suas deliberações incidem diretamente sobre a (re)distribuição de recursos públicos (ALMEIDA, CUNHA, 2011, p. 109).

Para Chambers (2012, p. 60), “não há nada particularmente democrático sobre a deliberação. Um só indivíduo, uma oligarquia ou um déspota pode deliberar. (...) Deliberação é democrática quando é realizada por um grupo de iguais confrontados com uma decisão coletiva²⁰”. É neste ponto que se ressalta a importância da estruturação federalista brasileira em três níveis, pois com o Município dotado de autonomia municipal, os entes são tratados como iguais no processo deliberativo conjunto.

¹⁹ Tradução nossa. No original: Putting these three dimensions of participant selection, communicative mode, and extent of influence yields a three-dimensional space – a democracy cube – of institutional design choices according to which varieties of participatory mechanisms can be located and contrasted with more professionalized arrangements.

²⁰ Tradução nossa. No original: There is nothing particularly democratic about deliberation. A solitary individual, an oligarchy, or a despot can deliberate. So what makes deliberation democratic? Deliberation is democratic when it is undertaken by a group of equals faced with a collective decision.

A demanda pós abertura democrática brasileira de instituições participativas criou espaços híbridos com presença de atores estatais e de atores da sociedade civil na constituição de políticas nas áreas de assistência social, saúde, meio ambiente e espaço urbano. Desde a previsão destes espaços, a quantidade de representantes da sociedade civil cresceu substancialmente.

A representação destes atores da sociedade civil, no entanto, é diferente daquela exercida por representantes eleitos, como no caso dos parlamentares, por não haver uma necessidade de autorização explícita para a representação e por não haver limitação no que se refere aos contornos territoriais (AVRITZER, 2007). O autor (*ibidem*) traz uma análise interessante sobre as formas de representação na política contemporânea:

Quadro 2 - Formas de representação na política contemporânea

Tipo de Representação	Relação com o Representado	Forma de Legitimidade da Representação	Sentido da Representação
Eleitoral	Autorização através do voto	Pelo processo	Representação de pessoas
Advocacia	Identificação com a condição	Pela finalidade	Representação de discursos e ideias
Representação da sociedade civil	Autorização dos atores com experiência no tema	Pela finalidade e pelo processo	Representação de temas e experiências

Fonte: Avritzer, 2007, p. 458. Adaptado pela autora.

Neste contexto, é inegável o brilhantismo de Brugué, Canal e Paya (2015) de atentar para o aumento da complexidade dos problemas enfrentados pela Administração Pública e a simplicidade da Administração Pública. Para os autores, para problemas malditos, que apresentam caráter multidimensional, precisa-se de inteligência na Administração para se encontrar soluções também multidimensionais. É nesta perspectiva que se revela novamente a criação de espaços de deliberação conjunta, aumentando a probabilidade de resolução dos problemas ao ter atores que encaram o mesmo problema com perspectivas diferentes.

A análise das arenas públicas permite avaliar a construção e a representação da democracia a partir dos atores envolvidos (CRUZ, FREIRE, 2003). Como forma de conter a discricionariedade da política pública governamental, por ora pautada cegamente pelo

conceito de eficiência, a repartição dos processos de política pública a outros atores sociais reflete no aumento da credibilidade da ação. “De forma geral, a heterogeneidade dos atores e formas de mobilização é de tal ordem que torna difícil abordar a execução de um programa (seja qual for sua origem) sem passar por uma caracterização das configurações locais” (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a, p. 87-88). Assim, ressalta-se a importância de desenvolver políticas que possuam caráter participativo, implementando confiança aos desdobramentos das tomadas de decisão da Administração Pública (SOUZA, 2006).

Há vantagens e riscos em institucionalizar-se a participação. A adoção de legislação não garante que a participação dos cidadãos ocorra de fato nem garante sua qualidade e seus resultados. Contudo, **ela é um reconhecimento à importância da participação, fornece um marco normativo que garante arranjos participativos e autonomia em relação à discricionariedade dos governantes** (FILGUEIRAS, 2015, p. 653. GRIFO NOSSO).

É neste enquadramento que se entende que a mera existência destes espaços contribui de forma significativa para a construção participativa brasileira. O aumento de mecanismos participativos não se dá somente pelo caráter qualitativo das discussões, negociações e pactuações estabelecidas, mas o fator quantitativo é demonstrativo de que a existência destes espaços já traduz a força de discutir, deliberar e gerar resultados que influenciam tanto a gestão quanto a implementação de políticas públicas.

Neste cenário, Papadopoulos e Warin (2007) advertem para o crescente número de inovação de participação nos últimos anos em diversos países, como inquéritos políticos ou leis de acesso à informação, incluindo meios de participação em mediação com terceiros interessados. Para os autores, as inovações de participação são vistas como tendência no avanço da democracia contemporânea.

Trazendo para a conjuntura brasileira, Fonseca (2007) aponta que houve uma grande reforma institucional desde 1988, fruto das lutas ocorridas desde a década de 1970, que conteve como elementos pontuais a descentralização, reconfigurando o pacto federativo; a participação popular, tanto de conselhos gestores e a participação direta; e o fortalecimento da cidadania em seu sentido universal. Para o autor, “as palavras chaves que sintetizam a Constituição, no espírito de uma verdadeira (re)fundação da República, são descentralização; participação popular; incorporação na vida política das associações civis; revalorização da ação pública; e cidadania” (*Ibidem*, p. 247).

Entre a relação entre descentralização e participação temos que “a descentralização e os governos locais estão estreitamente associados à temática da participação. Motivos

importantes são a proximidade e relacionamento direto com os cidadãos” (FILGUEIRAS, 2015, p. 653).

Diante deste cenário de elaboração de instrumentos participativos, seguindo os princípios de descentralização e participação no arranjo federativo brasileiro, a implementação da gestão participativa na Administração Pública brasileira ainda ocorre, e se põe como instrumento de ação pública e gestão cada vez mais consolidado.

3.3 Participação e gestão participativa no Brasil

O federalismo brasileiro, composto pelas três esferas de poder, corresponde a uma demanda popular antiga, de ampliação da participação popular na construção das políticas públicas.

O fracasso das políticas públicas extremamente centralizadas, principalmente aquelas de modelo *top down*, pode ser analisado a partir de sua recorrente inefetividade, ineficácia e ineficiência (LASCOUMES, LE GALÈS, 2012a).

A ampliação da participação e da deliberação em espaços públicos formais e informais afeta positivamente a questão da igualdade formal. Uma vez que a legitimidade das leis e da política deriva não só do status social dos participantes, mas também da “força do melhor argumento”. A prática discursiva pode, assim, servir de escala comparativa para que se avalie em que medida a participação está assentada em hierarquias sociais e políticas ou na contestação de um público organizado em bases sociais pela força do dinheiro e do poder.

Ao elaborarem razões e justificativas para solucionar problemas comuns, os cidadãos participantes se apropriam das leis e das políticas que os vinculam. Políticas que envolvam ambas as dimensões capacitam os cidadãos a julgar de forma mais informada e autônoma as diversas fases – formulação, implementação e gestão – das políticas públicas (FARIA, 2015, p. 235).

Com o intuito de promoção da participação social nas políticas públicas, coadunando com a multiplicação de mecanismos de participação, houve uma ampliação da quantidade de esferas de gestão participativa no âmbito da Administração brasileira. Se há um elemento que assegura a participação social, este mecanismo é a gestão participativa.

Os instrumentos de gestão democrática instituídos, como, por exemplo, os conselhos setoriais, e os fóruns de desenvolvimento local, foram criados com base no discurso acerca da importância da participação da população na gestão pública. O que se verifica é que a participação, no caso brasileiro, tornou-se, atualmente, um discurso recorrente, de modo que o Estado vem, cada vez mais, explicitando que precisa da colaboração da sociedade civil para superar problemas de políticas públicas. Assim, a interação entre governo e sociedade civil significaria, na prática, a distribuição de responsabilidades (*accountabilities*) (CRUZ, FREIRE, 2003, p. 85-86).

A conceituação de gestão participativa não é unânime, já que não existe uma fórmula universal que caracteriza a sua existência. Sua prerrogativa é que todos os seus processos sejam realizados de forma participativa e democrática. De toda forma:

Por gestão participativa entende-se a estratégia transversal que objetiva agregar legitimidade às ações de governo, de forma a assegurar a inclusão de novos atores políticos e possibilitar a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade (BEZERRA et al., 2012, p. 884).

Gestão participativa é uma modalidade de gestão que se apoia no pressuposto de que a participação dos cidadãos contribui para o aperfeiçoamento da gestão pública e deve ser incorporada em algum nível dos processos que envolvem a formulação e o controle social de políticas públicas (STANISCI, 2015, p. 402).

Se de um lado existe a questão da descentralização até o nível de menor organização, tanto no campo da política quanto no campo da gestão, o texto constitucional foi inovador no sentido de instituir aparatos responsáveis pela promoção da democracia e da cidadania.

A Constituição, ao longo de seu texto, instaura mecanismos para a promoção da participação popular, principalmente na questão das políticas sociais. Com efeito, a CF/88 concede, em seu artigo 5º, que lista uma gama de direitos fundamentais, “instrumentos como a própria ação popular, (CF/88, Art. 5º., LXXIII), as audiências públicas, as consultas públicas, o direito de petição (CF/88, Art. 5º., XXXIII), o direito de informação junto aos órgãos públicos (CF/88, Art. 5º., XXXIV)” (MENEZES, 2005, p. 2). No mesmo sentido, têm-se a previsão de se exercer a soberania popular por meio de plebiscito, referendo e iniciativa popular (art. 14); a iniciativa popular no processo legislativo estadual (Art. 27, § 4º), a cooperação das associações representativas e da iniciativa popular em projetos de lei municipais (Art. 29, XII e XIII); iniciativa popular de apresentação de projeto de lei na Câmara dos Deputados (Art. 61, § 2º); a gestão quadripartite na organização da seguridade social (Art. 194, VII); a descentralização político-administrativa e participação da população na área de assistência social (Art. 204, I, II); e a participação de entidades não governamentais nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem (Art. 227, § 1º) (AVRITZER, PEREIRA, 2010). Acrescido dos mecanismos apontados pelos autores supracitados, têm-se as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta (Art. 37, § 3º, I, II, III); a participação do setor de produção na política agrícola (Art. 187); as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Art. 198, I, II); a forma descentralizada e participativa do Sistema Nacional de Cultura (Art. 216-A);

e, por fim, o Art. 82 do ADCT²¹, sobre a instituição dos Fundos de Combate à Pobreza (BRASIL, 1988).

Avritzer (2012) coloca que as formas de organização da sociedade civil após a CF/88 se deu primeiramente nos grandes núcleos urbanos principalmente nas regiões sul e sudeste, partindo, posteriormente, para as áreas interioranas. Destaca-se, também, o surgimento, desde a década de 1990, de Organizações Não Governamentais (ONGs), que participaram na construção da autonomia da sociedade civil na redemocratização.

Sobre as Instituições Participativas (IPs), decorre:

As IPs são resultado da ação da sociedade civil brasileira durante o processo constituinte que resultou em um conjunto de artigos prevendo a participação social nas políticas públicas nas áreas de saúde, assistência social, criança e adolescente, políticas urbanas e meio ambiente. Esse padrão modificou fortemente a ideia de autonomia da sociedade uma vez que, por mais paradoxal que pareça, a sociedade civil que reivindicou a sua autonomia em relação ao Estado foi a mesma que reivindicou arranjos híbridos com a sua participação junto aos atores estatais durante a Assembleia Nacional Constituinte. A maior parte das IPs tem a sua origem nos capítulos das políticas sociais da Constituição de 1988. Essa foi uma das formas de participação no nível local, tais como conselhos e as formas de participação incipientes no nível federal durante os anos 1990 (AVRITZER, 2012, p. 10-11).

Em outro momento, Avritzer e Pereira (2005) colocam que o grande avanço em termos de participação foi a inclusão dos espaços híbridos e da participação no ordenamento legal, principalmente no texto constitucional, transformando principalmente a atuação do poder local (municipal). Primeiramente, o município ganha mais autonomia, envolvendo, por exemplo, as comunidades no processo de deliberação das políticas sociais, ampliando a gestão democrática.

Mesmo que na atuação em conselhos haja a representação por conselheiros, há uma grande diferenciação da representação realizada por parlamentares, haja vista que: por não assumir uma profissão de representante, não há um desequilíbrio da distribuição de informações na relação representante e representado; por não serem cargos remunerados e de grande visibilidade, ocupam os cargos pessoas que não possuem interesses individuais; a curta duração dos mandatos implica em maior responsabilidade; por ser de âmbito municipal, há um maior contato com a comunidade na avaliação das políticas; auxilia na

²¹ O Ato de Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) tem por finalidade o estabelecimento de normas de transição entre um antigo e um novo regimento. “Em essência, as disposições transitórias, como o próprio nome já sinaliza, exercem o papel de acomodação e transição do ordenamento jurídico anterior com a nova ordem constitucional. Por natureza, portanto, diante de uma eficácia temporária (essa a ideia das disposições de transição), após produzirem os seus efeitos, ou diante do advento da condição ou termo estabelecidos, esgotam-se, tornando-se normas de eficácia exaurida” (LENZA, 2013).

promoção da participação ativa dos cidadãos; não há interferência maciça da mídia; por serem temáticos ou setoriais, há como o representado acompanhar a performance do representante; e há como relacionar diretamente a ação do conselheiro com a política pública formulada e executada (GOMES, 2015). “Estes [Conselhos populares], quando funcionam, representam importantes espaços de participação popular, superando assim a lógica estritamente institucional da democracia parlamentar” (FONSECA, 2007, p. 252). Esses fatores revestem a atuação dos conselhos de legitimidade.

Ou seja, por meio da deliberação nos conselhos é possível, por um lado, aprimorar o método democrático de tomada de decisão, baseado nas considerações sobre melhor distribuição da informação e o aprimoramento da capacidade de interpretação e julgamento destas por meio da argumentação. Por outro lado, essa deliberação democrática pode levar a melhores resultados devido à maior facilidade de obter uma concertação de interesses, que não tem necessariamente a pretensão de atingir um consenso ou revelar uma concertação de interesses, que não tem necessariamente a pretensão de atingir um consenso ou revelar um improvável “bem comum”, mas que qualifica e viabiliza a tomada de decisões coletivas (GOMES, 2015, p. 903).

Conselhos podem também serem entendidos como “espaços inovadores de formulação e acompanhamento das políticas públicas” (MOURA, LACERDA, ALMEIDA, 2011, p. 118).

O primeiro conselho interestadual foi o Conselho Nacional de Política Fazendária (Confaz), inaugurado em 1975 (SANO, ABRUCIO, 2013).

Gomes (2015) define conselho gestor de política pública “como um colegiado institucionalizado, municipal, composto por pequeno número de representantes do governo e da sociedade civil, estes designados democraticamente, que é responsável pela gestão de determinada política pública” (GOMES, 2015, p. 895).

Pontua, ainda, que os conselhos são enquadrados tanto na democracia representativa, já que conselheiros são representantes, quanto da democracia deliberativa, uma vez que se trata de um mecanismo colegiado de gestão (*Ibidem*).

Gomes (2015, p. 904) aponta como objetivos principais da atuação dos conselhos “a identificação, captação e ponderação constante das preferências da sociedade, com vistas à formulação de políticas pública e o controle social sobre estas, incluindo a responsabilidade às demandas da sociedade e a responsabilização dos governantes”. Conclui, assim, que os conselhos municipais são formas interessantes de exercer o controle social.

No entanto, cabe reconhecer que ao menos uma etapa do ciclo de gestão pode ficar parcialmente prejudicada: o estabelecimento de ações corretivas e preventivas mais

drásticas aos comportamentos desviantes. Isto é, a utilização de mecanismos mais rigorosos de sanção pelos conselheiros pode ser limitada, no âmbito dos conselhos, por pelo menos quatro motivos: sua inexistência institucional; o fato dos conselheiros da sociedade civil serem corresponsáveis pelos desvios; a paralisia que pode trazer ao governo; e o efeito negativo que isso implicaria na relação cooperativa do conselho (GOMES, 2015, p. 905-906).

O histórico das Conferências Nacionais se inicia no governo Vargas, especificamente em 1940 com a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Desde a Constituição de 1988, as Conferências Nacionais de Saúde e Assistência Social ganharam status constitucional, e o rol de Conferências Nacionais cresceu vertiginosamente desde o primeiro governo Lula, indicando uma orientação voltada para a participação, tornando-se a principal estratégia participativa do governo federal (AVRITZER, 2012). No mesmo caminho, Pogrebinski e Samuels (2014) colocam que diversas organizações de sociedade civil atuaram positivamente na implementação de mecanismos de participação na Constituição de 1988, que foram ampliados em quantidade e qualidade, principalmente na esfera federal, com as Conferências Nacionais de Políticas Públicas, desde 2003.

Analisando os dados de uma pesquisa realizada em parceria com a Vox Populi, Avritzer chega à conclusão que uma parte expressiva da população brasileira participa dos espaços participativos institucionalizados (4,3%), como orçamentos participativos e conselhos municipais. Conclui, também, que o padrão participativo das Conferências Nacionais não difere muito do padrão das pessoas encontradas no nível local. No mesmo sentido, os dados apresentam que há uma maior participação da sociedade nos níveis regionais e municipais do que nos níveis estaduais e nacional (AVRITZER, 2012), o que ressalta novamente a importância do senso de comunidade dos governos municipais.

Por fim, Avritzer (2012) chega a três conclusões. A primeira é que há uma homogeneidade entre as Conferências nos três níveis, já que o padrão de participação é muito similar ao padrão em nível local. Em segundo lugar, os participantes das Conferências Nacionais acreditam que há deliberação nas reuniões, com fortes debates entre os atores, o que não acontecia anteriormente. Em relação à efetividade:

Os dados apontam para algum elemento de efetividade, mas apontam também para fortes lacunas. Estas lacunas são provocadas pelo fato de ainda não haver uma forma de gestão que se articule claramente com as decisões das conferências nacionais. Assim, as áreas com maior tradição de participação e que têm conselhos bem estruturados têm sido capazes de dar consequência às decisões das conferências. Em outras áreas é muito mais difícil e nuançado o quadro. A questão da efetividade das políticas participativas no plano nacional continuará, a meu ver, dependente da

implementação de arranjos capazes de integrar participação e gestão (AVRITZER, 2012, p. 22).

Para o sociólogo, apesar destas similitudes encontradas nas esferas nacionais e locais, existe uma diferença nítida a respeito dos efeitos que as discussões que se estabelecem nesses espaços deliberativos têm. Na esfera federal, as discussões impulsionam a atuação do poder legislativo em discutir a matéria deliberada, atuando diretamente nos instrumentos normativos brasileiros, com apresentação de propostas de projetos de lei que serão submetidos ao Congresso Nacional e que impactam o Executivo tanto na gestão quanto na alteração do ordenamento jurídico. No âmbito local, as discussões se orientam de forma a debater a implementação de certas políticas públicas, de acordo com a demanda (AVRITZER, 2012).

Neste sentido, vale a pena pensar, tal como fizeram Pogrebinschi et al. (2010), a efetividade enquanto incluindo a apresentação de projetos de lei no congresso. São estes últimos que são capazes de dar uma nova dimensão normativa a determinadas políticas e mostra que o executivo reage às conferências nacionais em duas dimensões, na dimensão da gestão e na dimensão da modificação normativa que seja capaz de alterar o escopo de uma determinada política (Ibidem, p. 20).

Decorrente do modelo adotado atualmente no Brasil, a participação social encontra mais maneiras de ser efetivada. É incontestável que a arena que mais é exitosa na consolidação dos mecanismos de participação popular seja o Município, exaltando novamente o conceito de democracia. No mesmo sentido, a participação dentro da gestão torna-se uma maneira de equilibrar a falta de representatividade no Congresso Nacional brasileiro.

No que tange aos municípios – *locus* da participação popular e da democracia semidireta, tal como intentada pelos constituintes de 1988 –, o aumento exponencial em seu número, após 1988 (foram criados cerca de 40% a mais), com todo o aparato executivo/legislativo das grandes cidades, torna a existência da maior parte deles completamente dependente dos repasses federais, o chamado Fundo de Participação dos Municípios. Em outras palavras, novos poderes e institucionalidades federativos concedidos aos municípios tornam sua aplicabilidade extremamente dificultada por toda sorte de obstáculos e constrangimentos provenientes: do capitalismo mundializado, das entidades multilaterais (ambos direcionam o papel dos municípios), dos limites fiscais, e também institucionais, em razão da ausência de prerrogativas aos municípios por decisões interpostas pelo TSE e pelo Congresso Nacional. Tudo isso afeita, de diversas formas, a democracia e a participação no Brasil que, a despeito desse conjunto de constrangimentos, vêm avançando, embora num ritmo e numa dimensão aquém do esperado (FONSECA, 2007, p. 250).

Neste diapasão, é novamente no Município que vão estar mais consolidados os elementos de participação, por conta da maior proximidade de governantes e governados,

pelo sentimento de comunidade que se aflora no Município e pela preservação cultural que pode ser entendida nas comunidades municipais.

Os casos de instituições de caráter híbrido, confirmando este entendimento, são mais numerosos na esfera municipal do que na esfera estadual ou federal. O Município, menor unidade federativa autônoma, desempenha papel fundamental para a consolidação da participação como fundamento democrático e para que as esferas superiores consigam entender as necessidades reveladas por essas comunidades, retratando o processo de cooperação que deve se estabelecer na articulação interfederativa.

3.4 O Município na rede de gestão participativa e de articulação interfederativa

Para explicar a importância da capacidade municipal na promoção da participação social e o impacto na esfera federal, parte-se da seguinte afirmação: “Cada um dos entes representa locais autônomos de autoridade política com capacidade não somente para formular políticas próprias, mas também para influenciar as políticas que surgem do centro e participar delas, em alguma medida” (SANO, ABRUCIO, 2013, p. 217).

É no município que o cidadão pode exercer plenamente a sua cidadania, no seio local de moradia é que poderá se iniciar um grande processo de transformação, através da participação nas decisões que lhe afetam diretamente e da fiscalização das ações administrativas dos governos locais. Na medida em que avança e se consolida o nível de participação popular aumenta o grau de compreensão dos moradores sobre o funcionamento da máquina administrativa, elevando a sua consciência cidadã e o seu compromisso com as causas coletivas (LOCK, 2004, p. 129).

Ao analisar a capacidade deliberativa dos Orçamentos Participativos e dos Conselhos de Políticas Públicas, Avritzer e Pereira (2005) concluem que esta capacidade varia de acordo com a vontade política e do tipo de associativismo presente. Ressaltam, também, o hibridismo do orçamento participativo por conta da outorga da soberania para um conjunto de assembleias locais e que versam sobre esse tema, colocando o cidadão membro com o mesmo poder de deliberação.

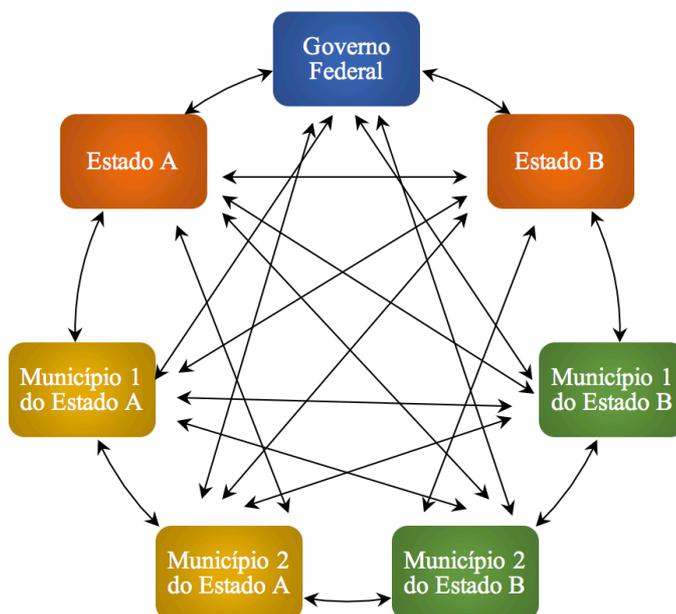
Ao comparar o sistema federativo brasileiro com a experiência federativa espanhola das comunidades autônomas, Rocha (2013) chega a conclusão de que nas categorias de saúde, educação e meio ambiente – variáveis por ele escolhidas para análise –, a estrutura brasileira de federalismo logrou mais êxito na coordenação intergovernamental do que na estrutura adotada no governo autônomo espanhol, excetuando apenas em relação ao quesito financeiro.

A articulação de diversas variáveis, tais como o papel dos municípios, - no contexto federativo da democracia político/institucional, o que implica articulação de níveis de governo e de mecanismo de políticas públicas; a resposta do Estado brasileiro aos efeitos da terceira revolução industrial, por meio de políticas públicas; o papel da participação popular (via conselhos gestores), que reconfigura a 'democracia parlamentar'; e a reinterpretação da cidadania, tendo em vista seus múltiplos significados, isto é, como direitos sociais, como direito à participação (política) e como aproximação ao nível local do exercício do direito à saúde e educação. Todos esses aspectos condensam-se tendo em vista os efeitos da terceira revolução industrial e as respostas do Estado brasileiro perante eles, ao lado das históricas lutas pela democratização da sociedade brasileira (em várias dimensões), compondo um quadro complexo, porém claro, sobre o grande 'laboratório' político/social que é o Brasil do pós-1988 aos dias de hoje (FONSECA, 2007, p. 253).

Monteiro Neto et al. (2017) acredita que as relações intergovernamentais são verticais e horizontais. As relações horizontais se devem ao interesse comum identitário de entes federados do mesmo nível. Neste sentido, governos regionais com a aliança têm confrontado o governo federal sobre a alocação dos recursos fiscais e autonomia. Geralmente, as relações intergovernamentais se dão no âmbito do poder executivo, e são institucionalizadas através de comitês, conselhos e grupos de trabalho que debatem aspectos específicos, como o desenho das políticas sociais. Nisso, destaca-se a atuação da esfera estadual, que teria papel primordial tanto nas relações verticais quanto horizontais.

Diferentemente do posicionamento supramencionado, acredita-se que as relações interfederativas e intergovernamentais se dão de forma transversal, possibilitando a criação de uma rede mais ampla de possibilidades de articulações interfederativas, como forma de solucionar problemas que entes federativos possam ter em comum, como demonstrado na figura a seguir.

Figura 5 - Possibilidades de articulação interfederativa no Brasil



Fonte: elaboração da autora.

A transversalidade é entendida desde a constituição da ação pública pois a ação pública é transversal. A estrutura é organizada em rede, que permite arranjos transversais, horizontais e verticais. E a operacionalização das dinâmicas transversais são caracterizadas por quatro elementos: os objetivos (por quê); os atores (quem); os fatores tangíveis (processos e recursos); e os fatores intangíveis (relações, confiança e liderança) (BRUGUÉ, PAYA, CANAL, 2015).

Eis que se consolida novamente a palavra chave que traduz a rede que pode ser entendida a Administração Pública pelo viés federativo e participativo: transversalidade. Pensar espaços deliberativos de construção de políticas públicas de maneira conjunta, entrelaçando as necessidades locais estabelecidas por mecanismos mais participativos, que contam com a mediação da esfera estatal que se consolidam em instrumentos normativos e diretrizes centrais expedidas pelo governo central só é possível através do entendimento da transversalidade.

Considerando-se o exposto, a percepção de efetiva articulação interfederativa, quando se trata do papel do Estado em ofertar direitos na forma de serviços, é inegável os avanços apresentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A literatura indica que os maiores avanços em termos de articulação intergovernamental foram alcançados pela área de Saúde (SUS). A criação de arenas formais de discussão e negociação do processo de descentralização das ações nessa área – contando com representantes dos estados e municípios, como é o caso da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no nível federal, e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no nível estadual – é reflexo da atuação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde e também do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (Conasems), dentre outros fatores. Esses elementos fazem do Conass a experiência que mais avançou na articulação horizontal e vertical, tornando-o um caso importante para estudos (SANO, ABRUCIO, 2013, p. 214-215).

Assim, tendo em vista as variáveis analisadas de federalismo e gestão participativa, segue-se para a reflexão do funcionamento dos instrumentos de gestão participativa do SUS.

4 DA VISIBILIDADE DA GESTÃO NOS DIREITOS: O CASO DA SAÚDE

Como visto, os posicionamentos sobre o papel do Estado são diversos. Aqui, acredita-se na concepção já colocada na introdução de que uma das prerrogativas do Estado é o fornecimento de direitos em formas de serviços (LUCIO et al., 2015). Apesar dos diversos atores que são responsáveis para a concretização da ação pública, entende-se que o Estado, e, por conseguinte, a gestão, é o ator executor das políticas públicas. Pode-se dizer, então, que o Estado é o ator que garante, ou que é responsável por garantir, pelo menos os direitos mínimos que asseguram a dignidade da pessoa humana aos seus cidadãos.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, o acesso não era equânime e muito menos era tido como obrigação de prover do Estado (SANTOS, 2009). Dos direitos sociais fundamentais presentes na CF/88, o direito à saúde ganha cada vez mais relevo. Demanda antiga da população, a criação de um sistema que garantisse acesso universal à saúde se consolida como instrumento normativo no texto constitucional, gerando uma estrutura referência no mundo.

Seguindo o ponto de vista da saúde, identifica-se elementos marcantes de federalismo que possui a cooperação como elemento chave, e sua magnitude é revelada pela proposta da regionalização da saúde, em que Municípios com características socioeconômicas semelhantes se agrupam em critério territorial, demandando a cooperação e articulação entre Municípios, Estados e União.

A partir do compromisso firmado pelos governantes na Constituição Cidadã, o provimento de serviços e garantias de direitos humanos tidos como fundamentais se insere nesta lógica de descentralização dos órgãos e das estruturas de poder. Devido às assimetrias regionais de um país tão vasto, pensar as políticas públicas como uniformes para toda a extensão territorial é incorrer em uma homogeneização antidemocrática e antirrepresentativa.

Nesse sentido, o direito à saúde se posiciona, então, como elemento que garante democracia, fruto de uma luta histórica, ainda existente e constante. A forma de estruturação do SUS e seu funcionamento ocupam, assim, elementos essenciais de debate acerca da efetivação da democracia e proteção dos direitos humanos no país.

O acesso à saúde se apresenta no território brasileiro como direito básico do cidadão desde a Constituição de 1988. É o mesmo texto normativo máximo que é criado o Sistema

Único de Saúde, o SUS, possibilitando “a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania” (BRASIL, 2011a, p. 7).

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a estrutura do SUS, delegando amplamente as competências dos diferentes níveis de entes federados (BRASIL, 1990a). Assim, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, personificados pelo Ministério da Saúde, no nível federal, e pelas Secretarias de Saúde, nos demais níveis, tiveram para si atribuídas sua parte no dever de fornecer, planejar e financiar o acesso à saúde gratuita aos seus cidadãos.

Já na Constituição Cidadã, de 1988, é sob o título VII, da ordem social, que fica delimitado entre os artigos 196 e 200, reformulados em parte pela Emenda Constitucional n 29, de 2000, as diretrizes iniciais do funcionamento do SUS. Há claramente uma vontade dos legisladores de incluir a participação popular nas decisões acerca dos rumos da saúde pública no Brasil.

Desde a sua cogitação, antes da constituinte de reabertura democrática no país de 1987, o SUS é pensado de forma a garantir a aproximação do usuário do serviço com o seu fornecedor, as três esferas de governo, concentrando no município o papel de maior interlocutor dos anseios sociais da formulação de políticas de saúde.

São princípios para a implementação do SUS “a universalidade, a integralidade, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa” (FONSECA et al., 2012, p. 5), entendendo-se por descentralização tanto a prestação de serviço quanto a gestão.

Para a afirmação da democracia, outra medida não seria possível de ser concebida. O Estado Democrático de Direito se faz com a atuação popular, desde a escolha de seus governantes até a segurança da manutenção dos direitos fundamentais do povo, elemento necessário e constituinte do Estado.

O avanço da prestação de serviços pelos SUS é reconhecido mundialmente, ampliando a rede de atendimento aos brasileiros, representando o compromisso do Estado na promoção da saúde como direito humano.

Fundada a partir de uma luta da população e de movimentos sociais, a trajetória do SUS é longa, iniciada no movimento sanitarista para garantir condições mínimas de sobrevivência ao povo brasileiro, perpassando pela sua normatização em 1988 e continuando até hoje a fim de garantir que as gerações vindouras possam usufruir, de forma universal, um sistema de saúde de qualidade.

4.1 O direito à saúde no Brasil: uma perspectiva histórica

Não foi com a administração portuguesa que o atendimento médico e a preocupação com a saúde da população brasileira começou. Com a proibição da existência de cursos de educação superior nas colônias, os centros de formação de médicos, no Rio de Janeiro e na Bahia, só foram existir com a vinda da coroa portuguesa para o Brasil. É somente no século XIX que a medicina é introduzida na sociedade brasileira e, posteriormente, já no século XX, iniciam-se as políticas na área da saúde como forma de combater as deficiências sanitárias do país (BRASIL, 2007).

No período republicano, numa sociedade até pouco escravagista, a medicina atua como condutor do Estado em promover a saúde, individualmente e coletivamente, à força de trabalho humana, na sua maioria rural. No início do século XX, a problemática das políticas de saúde gira entorno da falta de unidade e integração do território nacional, fazendo surgir um novo movimento sanitarista. As epidemias das doenças transmissíveis se tornaram um problema grave social, afetando a economia e a relação com outros países. A atuação do Estado nas questões sanitárias se tornou perene e universal, fundando uma política de saúde. Com a industrialização da economia dos grandes centros, o atendimento de saúde era dado somente por hospitais privados e bem restritos (MAPELLI JUNIOR, 2015; BRASIL, 2007).

Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), como elemento de uma reforma sanitária, estabelecendo bases fundamentais de um Sistema Nacional de Saúde, centralizado e verticalizado. “As medidas de proteção social e, em particular, a assistência médica só viriam a ter reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no país” (BRASIL, 2007, p. 13).

É só nos anos de 1970 e de 1980 que surge a noção da saúde como direito, o que serviria de apoio à criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, estabeleceu-se as diretrizes que marcariam o viés democrático e participativo nas políticas de saúde, impulsionando, através de emenda popular – que evidencia a importância da participação – , os constituintes da Constituição Cidadã a tratar a saúde como direito universal. Assim, a

Saúde se estabelece no texto maior, no Capítulo da Seguridade Social, entre os artigos 196 e 200.

Neste contexto, é inegável a força de constituição das diretrizes das políticas de saúde que foram elaboradas a partir das Conferências Nacionais de Saúde. Ao longo do século XX, e ainda se perpetuando pelo século XXI, as CNSs desempenham papel fundamental na construção deste SUS concebido como democrático, participativo e descentralizado.

4.1.1 A evolução do Sistema de Saúde Brasileiro a partir das Conferências Nacionais de Saúde

Como visto, a construção do SUS foi gradual fruto das lutas dos movimentos sociais que impulsionaram a história política brasileira. Neste interim, as Conferências Nacionais de Saúde se apresentam como a primeira medida institucionalizada para discussão colaborativa e participativa das diretrizes de saúde brasileiras. Por isso, intenta-se demonstrar o histórico do Sistema de Saúde brasileiro a partir da análise dos relatórios finais obtidos ao fim das CNSs ao longo do tempo.

Em 1937 foram instituídas as Conferências Nacionais de Educação e Saúde, por intermédio da Lei nº 378/37 – que reorganizou o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MES) –, como forma do governo federal, na ocasião comandado por Getúlio Vargas, tomar ciência das ações promovidas pelos estados nestas áreas. A acessibilidade dessa conferência era só permitida aos órgãos governamentais e sua previsão era de encontros bianuais. Assim, a 1ª CNS foi realizada em 1941, organizada pelo MES. Já a 2ª CNS, que não possui registro de relatório final, realizada no final do governo de Eurico Gaspar Dutra, em 1950, teve como objetivo “analisar ‘Pontos de vista dominantes entre os Sanitaristas’, pretendia construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhada entre os gestores estaduais e os do nível federal” (BRASIL, 2009b, p. 12-13). Em 1953 ocorre a separação do MES, com a criação do Ministério da Saúde e a instauração da Lei nº 2.312/54, que dispunha sobre diretrizes da política sanitária e culminou, em 1961, no Código Nacional de Saúde. A 3ª CNS, de 1963, trouxe uma leve ampliação de seus atores: governantes, das esferas federal, estadual e territorial, poderiam ser acompanhados de assessores técnicos. A temática versava sobre a análise das condições sanitárias locais e da reorganização do sistema de saúde, já pautando perspectiva de descentralização das competências das esferas de governo trazendo perspectivas da construção de um plano nacional de saúde. Com o golpe militar, dado no

ano seguinte, as deliberações não foram acatadas, mas incentivou o debate de diversos setores na década de 1970. As Conferências realizadas no período do regime militar retomaram os aspectos técnicos das reuniões, com a participação de especialistas e de membros do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS), dos estados e dos territórios. A 4ª CNS de 1967 debateu os recursos humanos para a área de saúde, e contou com um painel internacional que teve a presença da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A 5ª CNS, de 1975, abrangeu cinco temas centrais, destacando-se a criação de um Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75); a implementação de programas de saúde com públicos específicos e a criação de do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Compunham a Conferência, além das autoridades e dos técnicos, membros do Conselho de Desenvolvimento Social, com representação dos ministérios atuantes na área social e dos de Planejamento e Fazenda. A 6ª CNS, realizada em 1977, teve como tema a “avaliação e a análise de estratégias de implantação de programas governamentais” (*Ibidem*, p. 14). Retomou o debate sobre a construção de uma política nacional de saúde e trouxe à tona as demandas sociais que cobravam a democratização nos processos decisórios. A 7ª Conferência, de 1980, debateu a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, com o principal debate a implementação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), possibilitando a discussão de um sistema de saúde amplo e que pudesse ter cobertura universal. Destaca-se que uma das conclusões apresentadas no relatório final incita a inclusão de representantes da população (usuários do sistema) nas CNS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 1941; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1977; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE; 1980).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, última das realizadas durante o regime militar, ainda que nos mesmos moldes das anteriores, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizava em torno do setor” (BRASIL, 2009b, p. 15).

O presidente da Comissão Organizadora da 8ª CNS foi Sergio Arouca, um dos líderes do Movimento de Reforma Sanitária. Realizada em 1986, tinha três eixos temáticos: saúde como direito; reformulação do SNS; e financiamento da área. Pré-constituente, relatou como

vontade, com texto bem semelhante ao texto constitucional por vir, o estabelecimento da saúde como direito e de um Sistema Único de Saúde, pautado, sob o aspecto organizacional, na descentralização da gestão, na regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, o destaque do papel do município e a participação da população. A 9ª CNS, realizada em 1992, primeira pós CF/88 e pós Lei nº 8.142/90, teve como tema “municipalização a caminho”, com 253 deliberações e recomendações, ressaltando a necessidade, e vontade, de descentralização da gestão, evidenciando o papel protagonizado pelos Municípios, o fortalecimento das conferências Estaduais e Municipais e de outros mecanismos de participação do SUS e o pedido de extinção do INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), que aconteceu no ano posterior à Conferência. Em 1996 ocorre a 10ª CNS, com seis eixos temáticos, que gerou 362 resoluções. A 11ª CNS, de 2000, teve como tema central “acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, gerando 296 proposições. A 12ª CNS, realizada em 2003, com o tema “saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, gerou 723 diretrizes acerca dos dez subtemas discutidos e contou com 3.100 conferências municipais e 27 estaduais preparatórias à etapa nacional. A 13ª CNS, de 2007, precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais, teve como tema “saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento”, com três eixos temáticos, gerando 691 resoluções e 157 moções. A 14ª CNS, ocorrida em 2011, teve o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, precedida por 4.374 conferências municipais e 27 estaduais, com 343 propostas aprovadas. A 15ª CNS ocorreu em novembro de 2015 e teve como tema “Saúde Pública de Qualidade para cuidar Bem das Pessoas”, porém ainda não disponibilizou o seu relatório final (BRASIL, 2009b; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1998; BRASIL, 2012; BRASIL, 2008; BRASIL, 2004; BRASIL, 2001).

Os temas das Conferências Nacionais de Saúde são sintetizados no seguinte quadro:

Quadro 3 - As Conferências Nacionais de Saúde e seus temas

Conferência	Ano	Temas	
1ª	1941	1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento.	
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.	
3ª	1963	1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.	
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.	
5ª	1975	1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.	
6ª	1977	1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.	
7ª	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.	
8ª	1986	1. Saúde como direito. 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.	3. Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos:	
		1. Sociedade, governo e saúde. 2. Implantações do SUS.	1. Controle social. 2. Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1. Saúde, cidadania e políticas públicas. 2. Gestão e organização dos serviços de saúde.	3. Controle social na saúde. 4. Financiamento da saúde. 5. Recursos humanos para a saúde. 6. Atenção integral à saúde.
		Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.	
11ª	2000	1. Controle social. 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil. 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.	4. Recursos humanos. 5. Políticas de informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
		Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos:	
12ª	2003	1. Direito à saúde. 2. A Seguridade Social e a saúde. 3. A intersetorialidade das ações de saúde. 4. As três esferas de governo e a construção do SUS. 5. A organização da atenção à saúde.	6. Controle social e gestão participativa. 7. O trabalho na saúde. 8. Ciência e tecnologia e a saúde. 9. O financiamento da saúde. 10. Comunicação e informação em saúde.
		Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos:	
13ª	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Eixos temáticos:	

		1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento.	2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
14ª	2011	Tema Central: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro.	
		1. Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social. 2. Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS. 3. Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS. 4. O sistema único de saúde é único. Mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde. 5. Gestão pública para a saúde pública. 6. Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde. 7. Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços. 8. Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família.	9. Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde. 10. Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral. 11. Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis. 12. Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS. 13. Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química. 14. Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador. 15. Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para a sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses(as) usuários(as).
15ª	2015	Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas. Eixo: Direito do Povo Brasileiro.	

FONTE: BRASIL, 2009b, p. 16/22; BRASIL, 2012. Adaptado e parcialmente elaborado pela autora²².

As Conferências Nacionais de Saúde representam um passo importante para a construção de um modelo de prestação de serviços de saúde democrático e cada vez mais participativo.

A partir do quadro supra colocado, é possível identificar que os temas foram ficando cada vez mais diversos, e que a preocupação com a forma descentralizada de gestão do SUS e a participação foram tomando protagonismo nas discussões. Por quase metade destas conferências, o acesso à população foi restrito, e ampliado de forma gradual a técnicos, profissionais e usuários.

²² A tabela base foi retirada do trabalho elaborado pelo CONASS (BRASIL, 2009b). Entretanto, como o documento data de 2009, o restante foi elaborado pela autora.

Se no primeiro momento, tentou-se criar políticas que integrassem uma forma de combate às epidemias que se alastravam no território brasileiro, entendendo, também, a capacidade sanitária dos Estados-membros, as novas Conferências se pautaram na discussão de caminhos para se efetivar a integralidade de saúde, guiando-se pela qualidade das políticas de saúde, e de ampliação dos espaços de participação e de gerenciamento da descentralização da saúde.

É possível perceber a abertura democrática e a importância desses espaços de participação dentro das políticas da saúde e como foi estabelecida de forma gradual. Neste contexto, é inegável que a 8ª CNS foi um ponto de inflexão para a construção do SUS, com viés democrático, como pode ser visualizado no quadro de análise anexado neste trabalho (ANEXO I).

As discussões estabelecidas nas Conferências refletem na construção da rede de saúde que ainda se aperfeiçoa para a manutenção dos SUS pautado na descentralização e na participação.

4.2 A atual estrutura do SUS: a descentralização e a participação como elementos chaves

O SUS, desde a Constituição de 1988, representa uma estrutura complexa que como pilares a descentralização, a participação, a universalidade e a integralidade dos serviços prestados.

A chegada do SUS altera o paradigma de saúde para poucos, perseguindo um conceito de saúde universal, gratuito e integral. Apoiar-se primeiramente na atenção básica (MAPELLI JUNIOR, 2015).

O pilar central do modelo de promoção da saúde é entender as necessidades e as demandas da população para quem o serviço será prestado, avaliando, assim, que cada região possui sua particularidade, sua cultura, sua condição sociopolítica, e suas necessidades diferentes das outras (BRASIL, 2009a).

Neste interim, o que se pretende discutir neste trabalho, e o que se pretende colocar nos tópicos seguintes, é a descentralização e a participação da gestão do SUS como elementos inovadores na construção de uma rede de articulação interfederativa de sucesso.

Compõem marcos fundamentais para a efetivação da saúde como direito, prevendo mecanismos de participação popular, de controle social e dispondendo sobre as competências

dos diversos níveis de governo, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), constituídas pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 2009a).

A legislação delega direção única em cada ente federado para a gestão do SUS. No âmbito federal, o órgão competente é o Ministério da Saúde. No âmbito dos estados e do Distrito Federal, as Secretarias de Saúde, ou equivalente, são competentes. Nos municípios, *idem*.

Sobre a direção única estabelecida pela CF/88 e pela Lei nº 8.080/90, aquela deriva de uma vontade comum, principalmente reforçada na Reforma Sanitária da década de 1970, quando as políticas de saúde reportavam a cinco Ministérios diferentes. Então, a elaboração de uma direção única da saúde se faz com o ensejo de existir uma competência geral em cada ente federado de realização e formulação das diretrizes da Saúde (SANTOS, 2003).

Já a definição do planejamento ascendente é dada pelo Decreto nº 7.508/2011:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disposição de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa aprovada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2011b).

O planejamento do SUS é feito de forma ascendente, do nível local ao federal, como forma de manter a unicidade do sistema. Além:

O processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social. Para o cumprimento da orientação legal, verifica-se, todavia, a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País. Dessa forma, o Plano de Saúde – como instrumento referencial básico – deve refletir essas diferentes realidades. (BRASIL, 2009c, p. 55).

Outro aspecto de relevância sobre a constituição do SUS é a sua regionalização. As redes de saúde são constituídas não apenas por um critério territorial e geográfico, mas sim pela conexão estabelecida entre os Municípios que a englobam, como cultura, meios de transporte, comunicação, etc. “A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde,

firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniquidades como integralidade e racionalidade” (BRASIL, 2009a, p. 9). Para Santos (2003), a regionalização da Saúde permite que se corrija alguns problemas decorrentes da centralização, como o isolamento de algum ente federativo, ou a falta de condição de prestação de serviços e a falta de reconhecimento das necessidades das comunidades vizinhas.

Tendo em vista o grande posicionamento dos autores de que a descentralização é um elemento chave para a garantia da participação e da aplicação das diferenças de governo como forma de reduzir as desigualdades, Marta Arretche (2011), ao tratar da descentralização para as políticas sociais, se contrapõe ao atentar para a falta de capacidade técnica dos pequenos entes federados, justamente por conta da desigualdade socioeconômica e fiscal, que compromete a competência de organização para entender a necessidade de gestão destas políticas sociais.

Contrapondo o que é levantado por Arretche (*ibidem*), acredita-se que a regionalização da Saúde vem se mostrando como forma de corrigir esta falha de competência técnica dos entes federados menores e de reconhecer e criar novas redes sociotécnicas de gestão e de prestação de serviços de saúde.

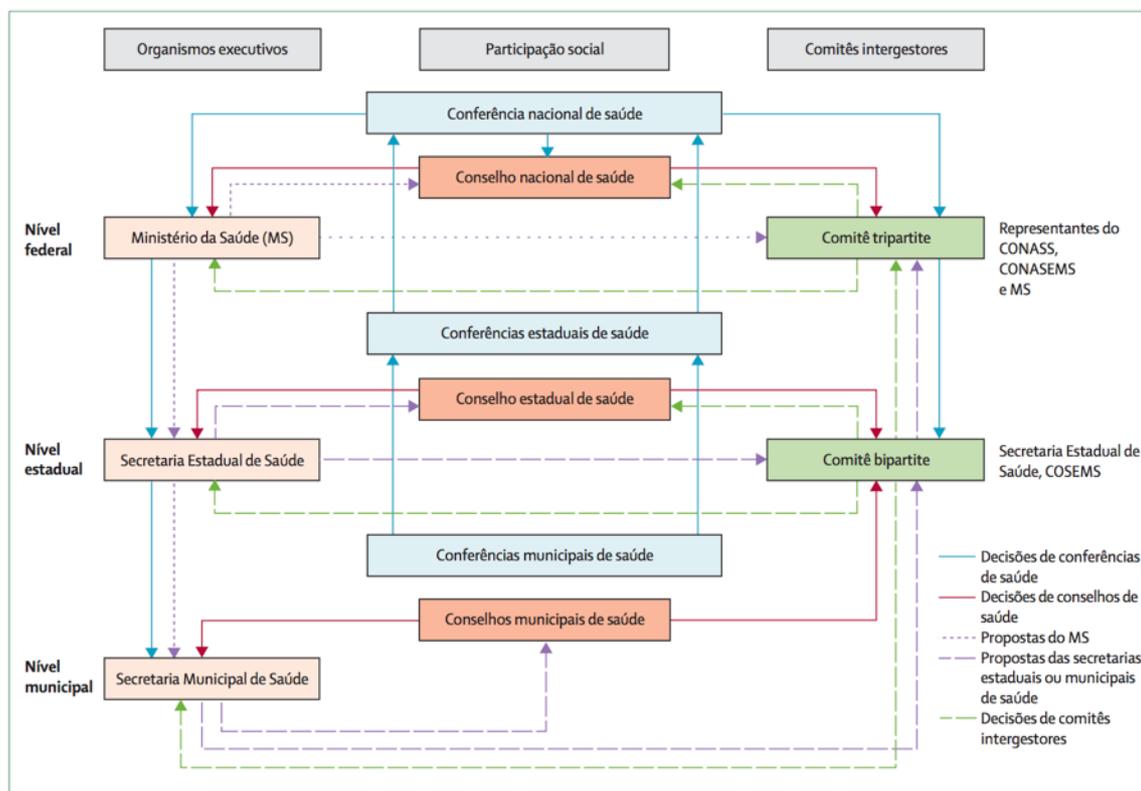
Reafirma-se a importância do Município para das políticas de saúde. “Neste contexto, o município deve ser valorizado como locus de possibilidade de construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializado de redes de participação social de alta capilaridade” (BRASIL, 2009a, p. 8).

Na área da saúde, o município é dotado de competência para cuidar da saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados e para legislar, de maneira suplementar, sobre a saúde para atender o interesse local. O município observa as normas gerais da União, restando-lhe o poder de suplementá-las ou complementá-las de acordo com o interesse local, além da competência própria de legislar sobre assuntos também de interesse local (SANTOS, 2003, p. 47).

Com o advento da Lei nº 8.142/90, foram legalmente instituídas esferas colegiadas de participação da comunidade. Cada nível de governo conta com uma Conferência de Saúde e com um Conselho de Saúde.

A estrutura do SUS, focada nos mecanismos de participação, pode ser representada como no organograma apresentado a seguir.

Figura 6 - Formulação de políticas e participação na ação pública



FONTE: PAIM et al., 2011, p. 11.

A participação popular e dos usuários do SUS deve se relacionar diretamente com a descentralização da política de saúde, já que promove a aproximação entre o gestor e aquele que desfruta do sistema, traduzindo o controle social (SANTOS, 2009).

Da mesma forma que acontece com o planejamento, o processo de transmissão de informação é feito de forma ascendente. Assim, Conferências Municipais de Saúde ocorrem antes das Conferências Estaduais de Saúde e estas culminam na Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde, tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte da sua estrutura, e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades (BRASIL, 2011a, p. 27).

A composição dos Conselho de Saúde e das Conferências é definido pela Lei nº 8.142/90, com representação paritária dos usuários em relação aos demais componentes.

Além, cada Conselho e cada Conferências possui seu próprio regimento, dispondo sobre suas regras de funcionamento e de organização.

Constituem-se espaços de negociação e pactuação entre gestores dos diversos níveis de governo a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Como entidades representativas institucionais, têm-se o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

A estruturação do SUS, como visto, é coordenada de forma a assegurar uma ampla discussão das matérias de planejamento, financiamento, ações, serviços, e gestão de forma compartilhada com diversos atores sociais, sendo eles governamentais ou não.

O SUS, como sistema que assegura a proteção de um direito social fundamental, tem como filosofia gestonária a gestão participativa, pautada na intenção dos atores sociais diversos, e por muitas vezes não componentes do governo. “Por gestão participativa, entende-se a estratégia transversal que busca legitimidade às ações do governo, de forma a assegurar a inclusão de novos atores políticos e possibilitar a escuta das necessidades por meio de interlocução com os usuários e entidades da sociedade” (MARINHO, 2015, p. 130).

Misoczky (2003) aponta que o controle social tem sido tratado com enfoque estruturalista e normativo e a gestão participativa deixada ao esquecimento, a não ser pela prática e reflexão de alguns poucos gestores e acadêmicos.

Gestão participativa é definida por Rocha (2003 apud MISOCZKY, 2003) como a orquestração de um conjunto de políticas geradas em conjunto com a sociedade, sendo participativa por permitir a construção de ações planejadas por executores e usuários, porque trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; por proporcionar aos atores o exercício da aprendizagem; por entender que a responsabilidade para ser solidária, deve ser, em princípio, assimilada, compreendida e internacionalizada (SANTOS, 2009, p. 109).

Observa-se que a estrutura do SUS é desenhada de forma que assegure a gestão participativa e a transversalidade da tomada de decisões, considerando a descentralização, a regionalização e as arenas de discussão e pactuação.

As arenas de participação conhecidas no âmbito da saúde são, na sua grande maioria, institucionalizadas. Por sua estruturação ser inserida no contexto da Administração Pública, a composição destes espaços é delimitada por instrumentos normativos, sendo possível a análise do quesito de quem participa.

Desta forma, Cefaï assinala que a arena pública não é um lugar de consenso, onde os cidadãos encontram total sintonia em torno de uma identidade comunitária, assegurando uma continuidade de uma tradição. A pluralidade, tal como é definida

pelo autor, refere-se muito mais à idéia de um *patchwork* de maneiras de julgar, de acreditar e de existir que se expressam através de explorações e experimentações, que, por sua vez, são formatadas em torno de problemas considerados públicos. É, então, uma pluralidade de maneiras de sentir, de pontos de vista alternativos, de formulação de preferências, de opinião e de formas de expressar sobre problemas ou políticas públicas que se desdobram em um “espaço de direito ordinário”, cujo acesso pelos atores é igualitário (CRUZ, FREIRE, 2003, p. 92).

Baseado nos ideais de universalidade, equidade, integralidade e participação social, são princípios da gestão estratégica e participativa do SUS o reconhecimento de mecanismos de participação popular e de controle social, ressaltando a importância dos conselhos e das conferências de saúde; a inclusão de comunidades específicas na promoção da saúde; a expansão de espaços deliberativos que estimulem a participação social e a troca de conhecimentos; a integração dos mecanismos de controle no âmbito dos três níveis de governo; e articulação com outros setores dentro do Ministério da Saúde e com segmento diversos, governamentais ou não (BRASIL, 2009a).

O ParticipaSUS é fruto de diversas medidas tomadas para a promoção da democratização das políticas públicas de saúde, entre elas a deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o Plano Nacional de Saúde (PNS), os preceitos constitucionais da Constituição Federal de 1988 e os dispositivos infraconstitucionais relacionados à regulamentação do SUS (BRASIL, 2009a).

São quatro os pilares do ParticipaSUS: Gestão Participativa e Controle Social no SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Auditoria do SUS. O primeiro componente possui mecanismos institucionalizados, que englobam fatores interfederativos, conselhos e conferências de saúde, instância intergestores, entre outros. O segundo elemento trata da formulação das políticas de saúde pautada pela priorização da atenção básica, cobrando uma metodologia de avaliação da política. O terceiro fator tem como objetivo estimular a participação popular e o controle por parte da população. O quarto componente se materializa no Sistema Nacional de Auditoria do SUS, controlando os recursos destinados e empregados.

Outro aspecto que fica patente é que o acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas instâncias de gestão e pelos espaços de controle social, favorecendo o empoderamento e a mobilização social.

Segunda Takeda e Yves, avaliar é uma forma de participação, a da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores (provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem (participarem da configuração que se quer dar ao SUS,

sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social (CARVALHO et al., 2012, p. 907).

A ouvidoria, que não possui estudos expressivos sobre, se apresenta como canal direto de comunicação com o cidadão, fortificando os meios de controle social do Sistema Único de Saúde, apesar de não desfrutar de caráter deliberativo (MARINHO, 2015).

Além, a regionalização impulsiona as atribuições constitucionais e infraconstitucionais do nível estadual, atuando positivamente na integração de seus municípios. Esses processos são reafirmados com o surgimento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI), assim como com o reforço da Programação Pactuada Integrada (PPI) (FONSECA et al., 2012). Sobre a regionalização, é importante ressaltar que é uma medida fruto do esforço conjunto do estado e dos municípios, que devem atuar de forma conjunta para melhor distribuir recursos.

Nas Conferências de saúde, realizadas quadrienalmente, cria-se um espaço de representatividade popular, com a presença de diversos setores sociais, com paridade nas discussões. Porém, a deliberação representativa que as conferências se propõe não se concretiza, uma vez que aquelas não possuem caráter vinculativo (MARINHO, 2015).

Mesmo tendo o município como palco primordial para a comunicação entre comunidade e Estado, é a esfera federal que se mostra capaz e interessada de constituir diretrizes da organização e boa gestão do SUS e, assim, para a gestão participativa.

A gestão participativa do SUS só foi possível graças à abertura democrática no país, reforçando os elementos democráticos e participativos, exaltando o cidadão como ator social presente na tomada de decisões das políticas estatais (MARINHO, 2015).

É oportuno o registro, ainda, da importância do SUS no aprimoramento de nossa democracia, pois a institucionalização das políticas públicas de saúde por meio da negociação e da pactuação dos gestores federal, estadual e municipal, transformando-as em políticas de Estado e não de determinados partidos políticos, em uma espécie de federalismo cooperativo e consensual, é algo inovador que tem chamado a atenção da comunidade internacional (MAPELLI JUNIOR, 2015, p. 7).

O federalismo é de suma importância para a compreensão e melhoria da gestão do SUS. Primeiro, a distribuição de formulação da política de saúde em três níveis permite o reconhecimento de problemas e demandas com dados fornecidos pelas secretarias, estaduais, municipais e distrital, e pelo Ministério da Saúde. Sempre focando o município como esfera

que possui maior contato com demandas locais, a estrutura federativa contribui para a implementação de uma boa gestão estratégica. Ainda:

Santos e Andrade destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são-comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são cotitulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única) (CARVALHO et al., 2012, p. 902).

A reflexão que se faz é que estes instrumentos, apesar de serem bem planejados e delimitados em seu campo teórico, não se colocam plenamente funcionais e efetivos em sua prática.

Em estudos anteriores, têm-se que:

O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados, precárias condições operacionais e de infra-estrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência das informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, 2009a, p. 17).

Sobre os serviços de ouvidoria do SUS:

Observa-se que a percepção dos usuários acerca dos serviços de ouvidoria parece estar mais associada à solução de seus problemas e à crença de que se trata de um setor que detém poder de decisão. Há sobrecarga dos serviços causada pela excessiva demanda, requerendo adoção de ampliação da oferta e melhor caracterização de suas demandas de modo a subsidiar a adoção de ações decorrentes das informações coletadas (MARINHO, 2015, p. 137).

Além, sobre os conselhos de saúde:

Entre as principais fragilidades dos conselhos de saúde encontram a baixa representatividade política; parca capacitação política; relações assimétricas entre os atores sociais permeadas pela valorização das informações de cunho técnico-científico; alto impacto da cultura política tradicional marcada pelo paternalismo e pelo clientelismo; fragilidades no desenho institucional dos conselhos; divergências entre as concepções de saúde de caráter abrangente e a busca por reivindicações marcadas pelo modelo biomédico (MARINHO, 2015, p. 133-134).

A preocupação em se estudar os instrumentos de gestão participativa no SUS é certificar que estes instrumentos primeiros traduzem de fato as vontades e as demandas trazidas pelas camadas populares.

Se há queixa recorrentes dos instrumentos já existentes, é imprescindível para o bom funcionamento da gestão do SUS prover formas de aperfeiçoamento dos mecanismos já

existentes, a partir do levantamento deles e da pesquisa com uma base de análise constituída. Além, os processos são dinâmicos, e sempre serão capazes de se aprimorar como forma de corrigir as falhas.

Percebe-se, assim, dois tipos de instrumentos que asseguram a participação na gestão do SUS: em um, a participação da população existe de forma alargada, garantindo espaços de paridade entre técnicos, governantes e sociedade civil; e, no outro, a negociação e pactuação se fazem dentro de estruturas institucionais e próprias da Administração Pública, concentradas no papel do gestor na formulação e execução das políticas.

Neste contexto, revelam-se três instrumentos de destaque: as Comissões, os Conselhos e as Conferências.

Assume-se, então, o papel de propor iniciativas de cunho operacional que possibilitem efetivamente a participação em espaços institucionalizados. A mera existência de arenas participativas e deliberativas não asseguram de fato a participação popular, e nem sempre se revestem da representatividade das diversas regiões de saúde e dos entes federados que compõem esses espaços.

O viés participativo dos espaços deliberativos do SUS se fazem importantes pelo o seu caráter experimental de sucesso, mesmo que ainda não perfeito. O que se acredita é que a existência dessas instâncias, como mecanismos de deliberação conjunta e participativa, faz com que essas possuam caráter deliberativo por si só, por suas competências serem delegadas pela Constituição, pelas Leis, pelos Decretos, pelas Resoluções e pelas Portarias, o que atua positivamente na construção descentralizada e participativa da rede interfederativa do SUS.

Assim, analisa-se a capacidade deliberativa destes instrumentos de gestão, voltando-se, quase que integralmente, na atuação das Comissões Intergestores na esfera do SUS para a construção da gestão das políticas de saúde.

5 A CAPACIDADE DELIBERATIVA DOS ESPAÇOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA: UM DIAGNÓSTICO INICIAL

Em face dos instrumentos de gestão e da instrumentação da ação pública, percebe-se, no sistema de gestão participativa dos SUS, a existência de dois tipos de instrumentos distintos e, assim, de duas arenas de participação distintas. O primeiro tipo se refere às áreas de negociação e pactuação em que só há participação de entes governamentais, geralmente integrando diferentes esferas de governo, para deliberar sobre as tomadas de decisão e diretrizes das políticas de saúde. O segundo tipo trata de espaços de participação em que há presença de membros de áreas técnicas, de usuários do Sistema e de pessoas da comunidade, materializando o ideário de participação social.

No caso da Saúde, encontram-se como principais instrumentos de gestão participativa os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde, ambas com este viés participativo de inclusão da comunidade nas negociações, pactuações e deliberações, e as Comissões Intergestores, que são instâncias de deliberação conjunta, abrangendo mais de um ator, ou representante, ligado à Administração Pública.

As atribuições dos Conselhos e das Conferências se encontram definidas pela Lei nº 8.142/90:

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 da 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 de governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (BRASIL, 1990b).

No âmbito federal, as Conferências Nacionais de Saúde possuem um papel importante, como destacado acima, de traduzir, através da paridade compositiva e de sua abertura para usuários, diretrizes políticas e de gestão para o funcionamento do SUS que, como colocado por Avritzer (2012), possuem a capacidade de transformar a legislação federal, criando mecanismos normativos que implicam a totalidade da população, e não só a Administração Pública.

No âmbito estadual e municipal, se colocam como verdadeiras arenas participativas preparatórias para a CNS quadrienal, incorporando demandas sociais que, principalmente pela extensão territorial brasileira, poderiam ser ignoradas pelos *policy makers*.

Os Conselhos trazem a característica da participação direta, mas com um viés mais voltado para a gestão, como estabelecido na legislação.

Já as diretrizes da CIT e das CIBs estão dispostas na Lei nº 8.080/90, incluídas com a alteração provocada pela Lei nº 12.466/2011:

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelo conselho de saúde;

II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III – fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais da Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuseram seus estatutos²³ (BRASIL, 1990a).

²³ Segundo a Norma Operacional Básica: “As instancias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite. Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de inicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências

Tanto a CIT quanto a CIB são instâncias de negociação e pactuação que tratam de gestão, cada uma em sua esfera de atuação.

A participação das CIBs e da CIT não se dá de forma direta por serem espaços deliberativos que não possuem atores diretos da sociedade civil, contemplando somente gestores das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde. Entretanto, são reconhecidamente espaços que asseguram gestão participativa. Sobre o viés da participação, pode-se estabelecer a seguinte escala:

Figura 7 - Escala de cores das instâncias colegiadas deliberativas do SUS em função da participação



Fonte: elaboração da autora.

ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre gestores do SUS (...).

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritários, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma (BRASIL, 1996).

A visualização permite que se estabeleça a relação entre participação numa escala de cores, em que as cores mais quentes representam espaços mais participativos, que segue para cores mais frias quando os espaços são menos participativos. Assim, entende-se as Conferências de Saúde, estalecida nos diversos níveis federativos, como instâncias mais participativas que os Conselhos de Saúde em seus níveis, que se estabelecem de forma mais participativa que as Comissões Intergestores de Saúde.

É inegável que existem espaços deliberativos na estrutura do SUS que são mais participativos que as Comissões Intergestores. Toma-se, por exemplo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, o primeiro notadamente conhecido por suas plenárias que abarcam a diversidade.

Apesar das Comissões Intergestores não estarem neste espectro como espaços mais participativos, mas comporem a gestão participativa do SUS, as contribuições dos estudos apresentados na parte teórica deste trabalho acerca da participação são fundamentais.

Primeiramente, acredita-se que a previsão legislativa de espaços deliberativos que agrupam diversos entes federativos só é possível graças à estrutura federativa tridimensional, categoria proposta neste trabalho, que ressalta o viés transversal da ação pública nas decisões tomadas pelos entes federados. Neste sentido, a cooperação, elemento fundamental para um bom arranjo federativo, se destaca, já que a negociação e a pactuação se faz somente no estabelecimento de diálogo produtivo e da concessão dos atores em estabelecer acordos de mútuo interesse.

Em segundo lugar, a participação reveste a importância da existência de espaços colegiados, que são destacados em detrimento das decisões monocráticas que alguns governos tendem a estabelecer como método padrão. A previsão e o estabelecimento da participação como preceito constitucional dá legitimidade e mais respaldo a estes espaços, novamente fruto da estrutura federativa adotada pelo Estado. Assim, o sucesso das Comissões Intergestores está ligado à capacidade dos atores em incorporar um novo pensamento plural, que assume a diversidade na unidade na tomada de decisões.

Segue-se, então para uma análise mais completa acerca das CIBs e CIT como espaços de negociação e pactuação que compõem a gestão participativa do SUS.

5.1 Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites: espaços de gestão participativa

Trazer a discussão sobre as formas de participação levantados por Fung (2006) e sua relação com a democracia é mister na análise do caso escolhido para estudo. As Comissões Intergestores da Saúde são instrumentos de gestão participativa que não contam com a presença de membros diretamente das comunidades, se voltando as deliberações e pactuações somente aos gestores, mas que espelham o quesito democrático que é defendido neste trabalho.

Diante do exposto, escolheu-se as Comissões Intergestores, tanto bipartites quanto tripartite, como estudo de caso para a compreensão da capacidade deliberativa dos instrumentos de gestão participativa do SUS.

A escolha de análise somente das Comissões Intergestores como instrumentos de gestão participativos se deu principalmente à limitação temporal do decorrer do mestrado para o levantamento de dados e de exploração do campo, que não permite uma análise mais profunda e transversal dos diversos espaços participativos e deliberativos que há de fato participação popular direta. Entretanto, considera-se que as questões abordadas tanto pela CIT quanto pela CIB carregam em si um apelo popular trazido pelas diversas instituições aqui já citadas.

No aspecto federativo, a escolha se dá pelo conjunto de elementos que se acredita ser necessários para a compreensão do federalismo pelo aspecto da participação: a CIB é composta por representantes de dois níveis governamentais de base e que expressam de fato a realização dos direitos (Estados e Municípios), por vez que a CIT reúne representantes da União, dos Estados e dos Municípios.

Pautado no modelo de federalismo por cooperação, o SUS há de ser estruturado com caráter interestatal. Essa característica manifesta-se na criação de instâncias permanente de pactuação – as Comissões Intergestores Tripartite (âmbito nacional) e Bipartite (em âmbito estadual) – e na criação de mecanismos solidários para a solução de problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM.MS n. 399/2006, é mais uma medida para alcançar a efetiva operacionalização do sistema de saúde, promovendo-se inovações nos processos e instrumentos de gestão e uma integração de todas as esferas do SUS. Dá-se por meio de adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão, que estabelece metas e compromissos (MENDES, BRANCO, 2015, p. 665).

O terceiro fator se refere à observância da capacidade em âmbito interno do governo de deliberar em conjunto, revelando a verdadeira propensão e interesse governamental em

ampliar e consolidar os espaços participativos e deliberativos, abrindo os canais diretos, e indiretos, de comunicação com a população.

No contexto deste trabalho, entende-se tanto as CIBs quanto a CIT como espaços que possuem uma noção interdepartamental (BRUGUÉ, CANAL, PAYA, 2015), mas que se configuram como espaços de concretização da gestão participativa. De acordo com o Decreto nº 7.508/2011:

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I – **aspectos operacionais**, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II – **diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde**, de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III – **diretrizes** de âmbito nacional, estadual e interestadual, a respeito da **organização das redes de atenção básica à saúde**, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV – **responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde**, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V – **referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde** para o entendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de **competência exclusiva da CIT** a pactuação:

I – das **diretrizes gerais para a composição da RENASES**²⁴;

II – dos critérios para o **planejamento integrado das ações e serviços de saúde** da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III – das **diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países**, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais (BRASIL, 2011b. GRIFO NOSSO).

Sobre a questão da representação nestes espaços, segue o Decreto:

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS (2011b).

Assim, demonstra-se o caráter evidente das deliberações das Comissões Intergestores, independente no nível em que atuam, de se tratar de gestão, discutindo prioritariamente, e de maneira conjunta, os aspectos operacionais da gestão compartilhada do SUS.

²⁴ RENASES é a Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A última relação foi publicada através da Portaria do Ministério da Saúde nº 841, de 2 de maio de 2012. As diretrizes Nacionais da RENASES advieram através da Resolução da CIT nº 2, de 17 de janeiro de 2012.

Escolheu-se o período de reuniões do ano de 2016 para analisar deliberação e democracia dos encontros das Comissões Intergestores a partir do teor e da quantidade de atos normativos que são produzidos nestes espaços a partir dos encontros que foram realizados no período delimitado.

A compreensão de capacidade deliberativa que se utiliza neste trabalho se relaciona com a definição previamente apresentada por Almeida e Cunha (2011, p. 109), tratando “do potencial de propor e/ou alterar o formato e o conteúdo de políticas”.

Optou-se por este critério temporal por se entender que seja um período razoável de apreciação recente, já que a colheita dos dados se deu ainda em 2017, compreendendo um intervalo próximo ao da conclusão deste trabalho e que já estaria por fim finalizado e devidamente publicizado.

Também, a mudança da filosofia gestonária da chefia do Executivo federal se desperta a curiosidade de pesquisadores das ciências sociais, já que se estabelece uma desconfiança sobre os impactos sob democracia nesta ruptura abrupta de governo. Neste sentido, fez-se necessário pensar os impactos nestes espaços deliberativos conjuntos, principalmente quando se pensa nos termos da participação.

A colheita de dados se deu através dos *sites* tanto das Comissões Intergestores de cada Estado que possuíam endereço eletrônico próprio como das secretarias de saúde de cada Estado. No caso da Comissão Intergestores Tripartite, os dados foram coletados pelo Portal da Saúde ligado ao Ministério da Saúde.

A periodicidade das reuniões é definida pela própria Comissão, acontecendo mensalmente. Encontrou-se disponibilizado no acervo de arquivos do Ministério da Saúde um calendário que consta a data dos encontros repassadas por cada Estado à entidade ministerial. O quadro a seguir indica as datas dos encontros realizados em 2016, tanto das CIBs de cada Estado como da CIT:

Quadro 4 - Calendário de reuniões das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites - 2016

ESTADOS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
CIT	-	-	31	28	19	30	28	25	29	20	24	8
CIB												
Acre	-	04	31	28	19	30	28	25	29	27	24	15
Alagoas												
Amazonas												
Bahia												
Ceará	22	19	11 e 28	08 e 25	13 e 30	10 e 24	15 e 19	12 e 26	16	-	11 e 25	16
Espírito Santo	-	-	03	07	05	02	07	04	01	06	03	<i>A definir</i>
Goiás	-	18	18	15	20	17	15	19	16	21	17	15
Maranhão	-	19	18	15	20	23	21	18	22	21	17	16
Mato Grosso	-	04	03	07	05	02	07	04	01	06	10	01
Mato Grosso do Sul	-	24	11	15	13	17	22	17	23	14	18	02
Minas Gerais	-	17	16	13	18	15	13	17	14	19	16	06
Pará	-	03	09	13	11	08	13	10	14	05	09	14
Paraíba												
Paraná	-	-										
Pernambuco	-	01	07	04	02	06	04	01	05	03	07	05
Piauí	-	05	04	08	06	03	08	05	02	07	04	02
Rio de Janeiro	28	18	10	14	12	09	07	11	15	06	10	01
Rio Grande do Norte	-	23	16	20	17	15	20	17	21	18	16	14
Rio Grande do Sul												
Rondônia												
Roraima												
Santa Catarina	-	18	31	21	12	23	21	18	22	13	17	01
São Paulo	14	18	17	20	12	16	14	18	15	14	17	15
Sergipe	-	29	23	25	13	17	21	18	22	14	07	01
Tocantins	-	19	23	20	18	16	21	18	22	19	17	06

Fonte: BRASIL, 2016. Adaptado pela autora. Link de acesso:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/29/calendarioci-290216.pdf>>.

Supõe-se que os campos que foram deixados em branco no documento acima apresentado não foram disponibilizados pelas Secretarias de Saúde estaduais.

De posse da periodicidade dos encontros das CIBs e da CIT, passa-se à análise primeiramente da atuação das Comissões Intergestores no seu nível mais descentralizado.

5.1.1 As Comissões Intergestores Bipartites

As Comissões Intergestores Bipartites se mostram como essenciais para o processo de descentralização das políticas de saúde no campo da gestão, introduzindo a necessidade de cooperação entre entes federados distintos que coexistem no território estatal.

No contexto territorial, é mister destacar que as Comissões se estabelecem em dois níveis. Enquanto que a CIB comunica gestores ligados à Secretarias de Saúde dos Municípios de uma forma que pode ser considerada individual, essas reuniões são precedidas por outra instância que engloba a atuação dos gestores: a Comissão Intergestores Regionais (CIR), que possui sua existência e suas competências estabelecidas através do Decreto nº 7.508/2011:

Art. 30, As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços da saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:
I – a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
II – a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
III – a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (2011b).

É importante perceber que há existência de mais do que duas esferas de pactuação entre entes federativos, englobando desde a primeira noção de articulação entre municípios, as CIRs, que constituem as regiões de saúde, se elevando à discussão estabelecida a nível estadual, com as CIBs, chegando ao nível federal, a CIT. Isso demonstra o plano ascendente da saúde, enquanto reforça a questão da descentralização do SUS e reforça a criação de novas interações federativas entre os entes federados.

A par desta configuração das CIBs como espaços de negociação e pactuação, coube entender como se dava a pactuação e a deliberação nestes espaços. Para tal, foram encontrados dados nas páginas oficiais das Secretarias Estaduais de Saúde, que já continham as informações requeridas ou que redirecionavam para outra página exclusiva das CIBs respectivas.

O Ministério da Saúde disponibiliza uma lista com os endereços, inclusive eletrônico, e os telefones das CIBs para a população²⁵. Entretanto, a partir também da compreensão da relação entre governantes e governados se estabelece na divulgação e publicação dos atos públicos, foram apenas coletados os dados fornecidos nas páginas das Secretarias, ou por elas indicadas.

Quadro 5 - Relação das páginas das CIBs ou da Secretaria de Saúde de cada Estado²⁶

ESTADO	PÁGINA CIB OU SECRETARIA DE SAÚDE
ACRE	< https://goo.gl/CfMmBv >
ALAGOAS	< https://goo.gl/6HTEHd >
AMAPÁ	< https://goo.gl/z84tF8 >
AMAZONAS	< https://goo.gl/g5Hcs2 >
BAHIA	< https://goo.gl/2Fxeo7 >
CEARÁ	< https://goo.gl/k5nkzZ >
DISTRITO FEDERAL	< https://goo.gl/yp5JzD >
ESPÍRITO SANTO	< https://goo.gl/fZut4r >
GOIÁS	< https://goo.gl/eCC4DF >
MARANHÃO	< https://goo.gl/YEupAh >
MATO GROSSO	< https://goo.gl/XmE1Uq >
MATO GROSSO DO SUL	< https://goo.gl/XUeB5T >
MINAS GERAIS	< https://goo.gl/is7Vw3 >
PARÁ	< https://goo.gl/VMCidV >
PARAÍBA	< https://goo.gl/jL1otW >
PARANÁ	< https://goo.gl/58bCJU >
PERNAMBUCO	< https://goo.gl/X7JKqS >
PIAUI	< https://goo.gl/5PzHdQ >
RIO DE JANEIRO	< https://goo.gl/gJHp4b >
RIO GRANDE DO NORTE	< https://goo.gl/pi9W3V >
RIO GRANDE DO SUL	< https://goo.gl/SDVhCW >
RONDÔNIA	< https://goo.gl/gpuUf9 >
RORAIMA	< https://goo.gl/gEpQ3W >
SANTA CATARINA	< https://goo.gl/t5j4k1 >
SÃO PAULO	< https://goo.gl/29hfow >
SERGIPE	< https://goo.gl/5HBCiX >
TOCANTINS	< https://goo.gl/9A6snQ >

FONTE: Elaborada pela autora.

²⁵ Esta lista se encontra disponível através do link <<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/Contato-CIB.pdf>>>. Último acesso em 17 de janeiro de 2018.

²⁶ Os links dispostos nesta tabela foram encurtados através do site <<https://goo.gl/>> para que conseguissem ser disponibilizados neste trabalho. Ressalta-se, também, que a questão de se colocar em alguns endereços a página da Secretaria de Saúde foi para permitir que quem fizesse uso desta tabela pudesse procurar por si só a informação requisitada usando o buscador do próprio site, já que não foi possível encontrar um espaço próprio que versasse sobre a CIB.

Inicialmente, salienta-se que este não foi um processo fácil. O Brasil é um país de extensões continentais, dividido em 26 estados federados, que são subdivididos em mais de 5.500 municípios, mais o Distrito Federal. Cada Estado possui sua própria página, que é gerenciada no âmbito estadual. Assim, as informações nem sempre estavam fáceis de serem encontradas, ou eram disponibilizadas de forma clara.

Pontua-se, antes, que foi incluído o Distrito Federal nesta relação de dados coletados. O DF não possui CIB, já que não possui as características próprias dos Estados, como a divisão em Municípios. Entretanto, se estabeleceu no DF o Colegiado de Gestão, que é reconhecido, com validação normativa, como instância de negociação e pactuação análoga às CIBs estatais.

Em diversas ocasiões, os dados que eram disponibilizados se limitavam a explicar qual a atuação das Comissões Intergestores. Em outros casos, os dados só se referiam ao ano vigente, sem arquivo para as informações da CIB. Opostamente, foram encontradas páginas que só relatavam dados há muito passados.

Assim, o primeiro aspecto que pode ser percebido é que nem todos os Estados disponibilizam a atuação das suas Comissões Intergestores Bipartite de forma ampla.

Em segundo lugar, quando os dados eram percebidos, encontrou-se, novamente, uma falta de uniformidade dos dados fornecidos, tanto pela forma que eram disponibilizados quanto pelos arquivos que eram colocados.

Neste sentido foram encontrados quatro tipos de arquivos, variando a sua disponibilidade em cada Estado: pautas, atas, resumos executivos e resoluções ou deliberações.

Assim, depreendeu-se que os atos normativos que são produzidos nas CIBs – e no Colegiado de Gestão do DF – são ou resoluções ou deliberações.

A nomenclatura utilizada do produto destas reuniões, chamadas de resoluções ou deliberações, são escolhas de cada CIB e pelo observado não ganha status diferentes pela adoção de um ou de outro.

Esses dados podem ser sintetizados pela tabela apresentada a seguir, que representa a disponibilidade de dados das reuniões das CIBs ocorridas em 2016, ou em suas páginas próprias ou nas páginas das Secretarias dos Estados:

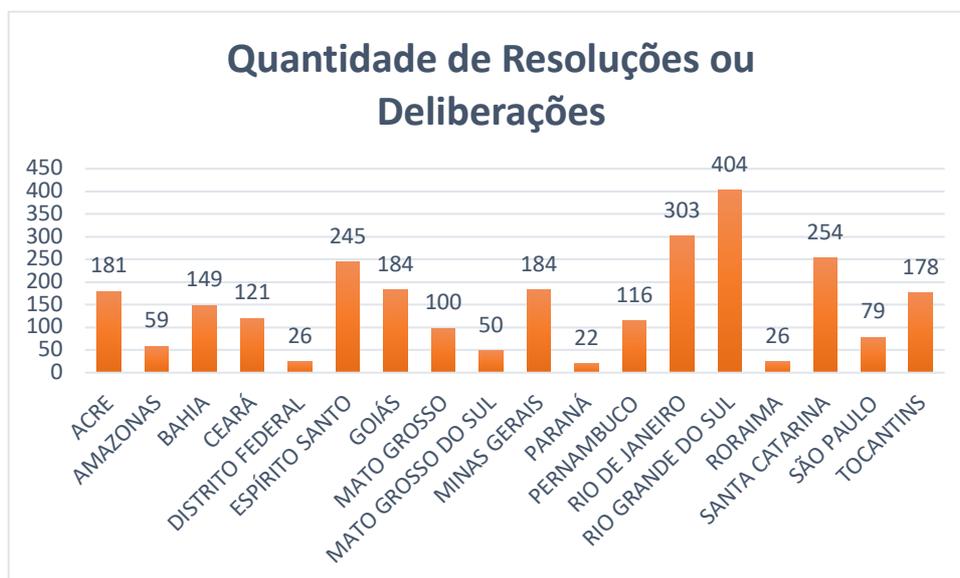
Quadro 6 - Disponibilidade dos dados encontrados sobre as reuniões das CIBs estaduais e do Colegiado de Gestão do DF realizadas no ano de 2016

ESTADO	Pauta	Ata	Resumos Executivos	Resoluções / Deliberações	Quantidade de Resoluções ou Deliberações
ACRE	Não	Não	Não	Resoluções	181
ALAGOAS	Não	Não	Não	Não	----
AMAPÁ	Não	Não	Não	Não	----
AMAZONAS	Não	Não	Sim	Resoluções	59
BAHIA	Sim	Sim	Sim	Resoluções	149
CEARÁ	Sim	Sim	Não	Resoluções	121
DISTRITO FEDERAL	Não	Não	Não	Deliberações	26
ESPÍRITO SANTO	Não	Não	Não	Resoluções	245
GOIÁS	Não	Não	Não	Resoluções	184
MARANHÃO	Não	Não	Não	Não	----
MATO GROSSO	Sim	Sim	Não	Resoluções	100
MATO GROSSO DO SUL	Sim	Sim	Não	Resoluções	50
MINAS GERAIS	Não	Não	Não	Deliberações	184
PARÁ	Não	Não	Não	Não	----
PARAÍBA	Não	Não	Não	Não	----
PARANÁ	Sim	Sim	Não	Resoluções	22
PERNAMBUCO	Não	Não	Não	Resoluções	116
PIAUI	Não	Não	Não	Não	----
RIO DE JANEIRO	Não	Sim	Sim	Deliberações	303
RIO GRANDE DO NORTE	Não	Não	Não	Não	----
RIO GRANDE DO SUL	Não	Não	Não	Resoluções	404
RONDÔNIA	Não	Não	Não	Não	----
RORAIMA	Não	Não	Não	Resoluções	26
SANTA CATARINA	Não	Sim	Não	Sim	254
SÃO PAULO	Sim	Sim	Não	Sim	79
SERGIPE	Não	Não	Não	Não	----
TOCANTINS	Não	Sim	Não	Resoluções	178

Fonte: elaborada pela autora.

A quantidade de resoluções ou deliberações varia de Estado para Estado, sendo o menor número encontrado foi de 22 resoluções na CIB do Paraná e o maior número foi encontrado na CIB do Rio Grande do Sul, que teve 404 resoluções emitidas em 2016. Dos Estados que disponibilizaram as resoluções ou deliberações, temos a seguinte frequência:

Gráfico 1 - Quantidade de resoluções ou deliberações das CIBs estaduais e do Colegiado de Gestão do DF emitidas em 2016



FONTE: elaborado pela autora.

De posse dos dados gerais, passou-se para a análise dos dados de cada Estado.

A amostra escolhida contém cinco estados, um de cada região brasileira, e os dados do Colegiado de Gestão do DF, totalizando, então, seis entes federativos: Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Tocantins. A escolha se deu com base nos estados que tiveram as suas resoluções de 2016 divulgadas e pela forma de divulgação das resoluções. Tocantins, Santa Catarina, Espírito Santo e Bahia disponibilizam uma relação das resoluções, ou deliberações, compiladas em um só arquivo, enquanto que para a análise deste trabalho foram utilizadas ou o cabeçalho ou o primeiro parágrafo de cada resolução ou deliberação que contém a matéria do que foi pactuado nos casos do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul. Ainda, encontrou-se uma nova dificuldade na transcrição das resoluções do Mato Grosso do Sul: apesar dos arquivos estarem devidamente numerados, nem todas as numerações correspondem às resoluções que estão dispostas no Diário Oficial. Foi necessário acessar o Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul para recuperar essas resoluções, porém nem todas foram encontradas.

A relação das resoluções e das deliberações de cada Estado e do Distrito Federal que foram delimitados para a amostra se encontram em anexo neste trabalho (Anexos de II a VII) para referência.

A numeração, em todos os casos individualmente analisados, começa em 001/2016, tornando mais fácil a visualização da quantidade e da ordem das resoluções pactuadas nestas instâncias.

Todas as resoluções e deliberações foram publicadas no Diário Oficial de cada Estado e do Distrito Federal, vinculando o caráter vinculativo das pactuações das CIBs e do Colegiado de Gestão.

As resoluções e deliberações aparecem na sessão da Secretaria de Saúde como Resolução ou Deliberação da respectiva CIB.

Entretanto, achou-se curioso que no caso das deliberações advindas da CIB do Mato Grosso do Sul, todas aparecem no Diário Oficial como resoluções que foram homologadas pelo Secretário de Saúde. Acredita-se que isso diminui a autonomia da instância colegiada, que tem que passar pelo chefe do órgão todas as suas decisões, retirando a representatividade do seu poder perante a Secretaria.

Sobre a sua competência, entendeu-se que as Comissões Intergestores Bipartites e o Colegiado de Gestão do DF negociam, pactuam e deliberam assuntos relacionados a gestão, seguindo o propósito de uma comissão intergestores.

A capacidade deliberativa que foi compreendida nestas instâncias tem como resultado a emissão de resoluções que vão impactar a gestão, principalmente versando sobre a operacionalização do SUS, como eleito no seu propósito inicial.

Foram encontradas, também, uma quantidade de resoluções *ad referendum*: 38 das 149 resoluções da Bahia (25,50%); 2 das 245 resoluções do Espírito Santo (0,81%), 12 das 51 resoluções do Mato Grosso do Sul (41,17%) e 2 das 178 resoluções de Tocantins (1,12%). Isso evidencia um poder positivo delegado a estas instâncias de pactuar aspectos de gestão que normalmente não estariam inclusas em suas pautas.

A atuação das CIBs foi presente no ano delimitado, e expressou a característica descentralizada da gestão do SUS. Passa-se, agora, para a análise do funcionamento da instância de caráter federal.

5.1.2 A Comissão Intergestores Tripartite

A forma de análise do processo deliberativo da Comissão Intergestores Tripartite se deu de forma idêntica ao processo das CIBs, com o acréscimo de uma situação observacional de uma das reuniões, porém apresentou diferenças marcantes no resultado.

Os dados foram facilmente encontrados no portal da saúde, na sessão da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite²⁷ (SE/CIT). Sobre a explicação acerca de como funciona o procedimento da CIT, considerou-se plenamente satisfatório a quantidade de informações.

Os dados que são frutos das reuniões que são disponibilizados são Pautas, Resumos e Resoluções.

No ano de 2016 foram emitidas 10 resoluções da CIT, como referenciada na tabela abaixo:

Quadro 7 - Resoluções da CIT em 2016

Número	Matéria
001/2016	Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
002/2016	Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano 2016
003/2016	Constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de elaborar proposta de revisão do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011
004/2016	Constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de propor metas e indicadores para o período 2017-2019.
005/2016	Institui o Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde e define a sua composição, competência, funcionamento e unidades operacionais na estrutura do Ministério da Saúde
006/2016	Institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências.
007/2016	Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências.
008/2016	Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.
009/2016	Prorroga o prazo do art. 3o da Resolução no 3/CIT, de 16 de agosto de 2016.
010/2016	Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

FONTE: elaboração da autora.

Fato curioso encontrado a partir da análise das matérias das resoluções expedidas em 2016 pela CIT é que 40% (Resoluções 001/2016, 003/2016, 004/2016, 009/2016) delas versam sobre ela mesma e seu próprio funcionamento, fator não expressivo nas resoluções oriundas das Comissões Intergestores Bipartites.

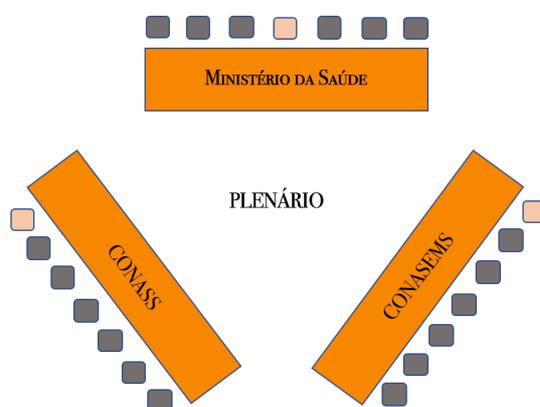
²⁷ O link de acesso para a página da SE/CIT no portal da saúde é: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/dai-departamento-de-articulacao-interfederativa/se-cit>>. Último acesso em 17 de dezembro de 2017.

Sobre a quantidade de resoluções, é perceptível a sua pequena quantidade em relação aos dados desenvolvidos pelas CIBs: são 10 resoluções de caráter nacional contra 22 da CIB que menos editou resoluções e contra 404 resoluções da que tem a maior quantidade.

Na observação acerca das matérias, foi percebido que as resoluções não versam tanto sobre a operacionalização da gestão dos serviços de saúde como ocorre nas CIBs, apesar de tratarem sobre gestão, propósito das Comissões Intergestores.

Sobre a configuração da CIT, a distribuição dos assentos dos representantes de cada esfera de governo é feita desta forma:

Figura 8 - Organização da CIT



Fonte: BRASIL. Adaptada pela autora. Link de acesso: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17164-cit>>.

As cadeiras destacadas em cada bancada dizem respeito ao representante máximo de cada entidade. A forma de estruturação das reuniões pode ser observada no dia 31 de março de 2017, quando se visitou a reunião da CIT, realizada na sede da OPAS, em Brasília. Esta configuração se assemelha aos plenários da ONU, em que representantes são postos em círculo, o que procura denotar a paridade entre as entidades que compõem as sessões. No caso, é a mesa do Ministério da Saúde que comanda a reunião. As demandas que foram levantadas pelos representantes do CONASS e do CONASEMS, que se encontravam fora da pauta da reunião do dia, foram rapidamente descartadas pelo *chairman*. No dia, também foram montados outros grupos de trabalho que discutiriam as questões constantes na pauta nos dias seguintes à reunião.

Tanto as CIBs quanto a CIT atuam dentro das suas competências, tratando prioritariamente sobre a operacionalização da gestão.

Em contraposição, verificou-se a atuação do Conselho Nacional de Saúde, também durante o período de 2016, que editou 33 resoluções, que também possuem essa competência de discutir a operacionalização da gestão (vide Anexo VIII), mas que também fez uso do seu espaço para recomendar a diversas autoridades governamentais posturas que possuem nitidamente um caráter político, como pode ser exemplificada pela Recomendação 001/2016²⁸:

Recomenda à Presidenta da República Dilma Rousseff e ao Ministro da Saúde, Marcelo Castro: Que seja mantido o compromisso do governo federal com a continuidade e qualificação do SUS, e que nenhuma reforma seja feita no sentido de retroceder aos direitos conquistados. Por fim, reafirmamos que “Direito garantido não se compra e nem se vende, o SUS é nosso e ninguém tira da gente”.

Percebe-se que as instâncias que possuem participação direta, como no caso da Conferência Nacional de Saúde, de caráter quadrienal, como o Conselho Nacional de Saúde possuem uma veia expressivamente política, característica que não foi encontrada nas Comissões Intergestores.

5.2 Discutindo a capacidade deliberativa

A primeira questão que deve ser abordada é que as Comissões Intergestores funcionam como instrumentos de gestão participativa, como preconizado por Lascoumes e Les Galès (2012a).

Neste sentido, é inegável que a atuação das Comissões Intergestores se faz através de atos normativos, sendo que em todos os casos que foram pesquisados esta capacidade de transformação de pactuação em legislação se deu em resoluções (ou deliberações).

Sobre a validade destas resoluções, foi encontrado na literatura pesquisada um dissenso. Lenir Santos (2003) acredita que apesar da legitimação dos conselhos no âmbito do SUS como instancias de negociação e pactuação e mediante a sua representatividade definida pelo CONASS e pelo CONASEMS, não existe a legitimidade advinda do ordenamento jurídico, não embasando, assim, de nenhuma força legal. Entretanto, Leão e Dallari (2016, p. 46), ao tratarem sobre o poder normativo das CIBs, se posicionam que “as

²⁸ A relação das recomendações emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde também se encontra em anexo neste trabalho.

resoluções da CIB atendem ao primado da segurança jurídica e da racionalização do ordenamento, de forma que os sujeitos potencialmente atingidos saibam como o direito é garantido e possam mesmo, se for o caso, questionar esses direitos-meio”. E assim continuam:

Deu poder normativo é um desdobramento daquele conferido à administração para expedir normas infralegais para fiel cumprimento da lei. Quanto a suas resoluções, estas têm fundamento constitucional no próprio artigo 196 da CF/88 – que, ao reconhecer o direito à saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado, dispõe que este direito seja garantido mediante políticas sociais e econômicas. Daí decorre, por uma interpretação compreensiva e sistêmica, que a CIB, reconhecida legalmente como fórum de negociação e pactuação dos aspectos operacionais do Sistema, exerce essa função de instrumentalizar o direito fundamental à saúde, decidindo aspectos operacionais, financeiros e administrativos e definindo diretrizes sobre integração e organização das ações em saúde nos níveis municipal, estadual. Nesse sentido, formal e legalmente, a CIB é um espaço de construção de normas jurídicas (LEÃO, DALLARI, 2016, p. 52).

Aqui, concorda-se com o posicionamento pronunciado por Leão e Dallari, acreditando que essas instâncias possuem sim capacidade normativa de gerar instrumentos legislativos capazes de impactar diretamente nas políticas de saúde.

Assim, acredita-se que as Comissões Intergestores possuem certa capacidade deliberativa, já que pactua e delibera, gerando em seus encontros atos normativos que vão impactar a gestão e a implementação das políticas públicas.

Todavia, percebe-se que as decisões das Comissões Intergestores, e secundariamente do Conselho Nacional de Saúde, não se transformaram em atos normativos de alta hierarquia, como pode ser visualizado na figura 5.

Trata-se de questão paradoxal: enquanto as CIBs e a CIT conseguem negociar e pactuar as questões a elas relacionadas, vinculando atos normativos para a Administração Pública e para as políticas públicas, os resultados de suas deliberações não possuem alta abrangência normativa.

O produto legislativo que decorre das pactuações são integralmente reconhecidos como resoluções, que não criam vínculos ordenativos como as Leis, funcionando como atos administrativos que se estabelecem nas políticas de saúde.

Porém, como são instâncias que são criadas para tomar decisões colegiadas de gestão, a capacidade hierárquica baixa das resoluções já é suficiente para o seu funcionamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É concludente que federalismo e participação são conceitos que se encontram fortemente entrelaçados entre si, e este fenômeno pode ser observado na constituição dos instrumentos de gestão participativa do Sistema Único de Saúde.

A instituição de um federalismo tridimensional, como é estruturado o arranjo federativo brasileiro, pode ser traduzido por uma colocação do constituinte, incubido de traduzir os anseios populares, de promover a participação social e o processo de descentralização. Estas questões são, também, relacionadas à questão do desenvolvimento, na promoção da redução das desigualdades e do fortalecimento da democracia.

Entende-se, portanto, nesta pesquisa federalismo tridimensional como um conceito capaz de viabilizar, sob o ponto de vista da gestão do sistema em uma base fundadora para a implementação do pacto federativo, que garante constitucionalmente a autonomia dos entes federados (União, Estados e Municípios), pautado na participação, na cooperação, na descentralização e na transversalidade.

A democracia tem saído de um sistema totalmente representativo para se aproximar das características da democracia deliberativa e da democracia participativa. Neste sentido, a pontuação de um federalismo único em cada Estado é essencial, posicionamento que flerta diretamente com a construção do conhecimento do campo das ciências sociais de maneira endógena e decolonial.

No mesmo contexto, tem-se como elementos que são presentes nos estudos contemporâneos sobre federalismo a assimetria e a cooperação. Cooperação é uma característica que tem sido recuperada na esfera humana, na esfera social e, prioritariamente para este trabalho, na esfera pública. Neste sentido, a transversalidade é compreendida como desdobramento necessário para o bom entrosamento entre a participação democrática e o arranjo federativo que se quer construir.

Neste interim, a gestão participativa se mostra como alternativa concreta e viável para os problemas de centralidade governamental, se fortificando principalmente na arena municipal, com as experiências positivas de conselhos, por exemplo.

A escolha de se estudar a saúde acompanha esse entendimento supra colocado, de se estabelecer e consolidar uma rede federativa com articulações transversais e que se baseiam na proposta constitucional da participação.

Os três instrumentos que foram citados possuem este propósito: Conferências, Conselhos e Comissões.

Nas Conferências Nacionais de Saúde, percebe-se um caráter completamente político, de tradução das vontades da população na implementação do SUS que o povo quer. As pautas levantadas e as deliberações advindas das CNS vêm historicamente, e progressivamente, se diversificando e se fortalecendo como espaço de participação política e de pactuação das diretrizes do Sistema de Saúde brasileiro. Ressalta-se que, há muito tempo, a questão da descentralização e da participação constam nos objetos deliberados nas reuniões, fortalecendo a importância deste trabalho para a gestão da saúde. Em termos deliberativos, temos duas conclusões: a primeira é que as Conferências possuem grande aderência de diversos atores, demonstrando o seu potencial de incorporar novos setores na construção das diretrizes da saúde; entretanto, na capacidade de transformar as deliberações em instrumentos normativos, isso não se conclui de fato, restando somente a colocação das vontades constituídas neste espaço.

Sobre o Conselho Nacional de Saúde, entendeu-se que possui um caráter híbrido do que ocorre nas Conferências e nas Comissões. O espaço configura como espaço de participação direta, mas com uma periodicidade e uma institucionalidade diferente das Conferências. O Conselho emite resoluções, utilizando a nomenclatura de instrumento normativo anteriormente desenvolvida, que versam sobre a gestão do SUS. Verificou-se também que o Conselho emite recomendações – que, no caso, não possuem característica vinculativa –, que possuem um caráter político mais crítico das decisões de outros atores governamentais, principalmente direcionadas ao poder executivo de diversos entes federados. Assim, conclui-se que o poder deliberativo dos Conselhos é de transformar as suas decisões em resoluções, quando versando sobre matéria de operacionalização da gestão, e em recomendações, quando trata de orientações políticas.

No caso das Comissões Intergestores, a investigação, mais profunda, analisou a competência em duas esferas distintas: a esfera estadual, das CIBs e do Conselho Gestor do DF, e a esfera nacional, da CIT.

Constatou-se que as CIBs são mais atuantes que a CIT, quantitativamente quanto qualitativamente. A quantidade de matéria debatida é expressivamente maior, o que é revelando também na quantidade de resoluções que são editadas por estes organismos. No aspecto qualitativo, o teor das resoluções emitidas analisadas impacta a gestão e as políticas

públicas de forma mais expressiva. Isso é uma comprovação de que de fato há uma descentralização da gestão do SUS. Todavia, entende-se que as competências dos entes federativos são diferentes, como a competência estabelecida para cada Comissão Intergestores, porém o rol de competências do governo federal é maior do que os de competência municipal e estadual.

Sobre as matérias que são debatidas, verificou-se que atuam dentro da esfera a que foram designadas: as Comissões Intergestores se reúnem e deliberam sobre assuntos relacionados à gestão pois são órgãos intergestores. Neste sentido, são emitidas resoluções de caráter operacional, que vão operacionalizar a gestão do SUS, escapando de qualquer colocação política que o espaço poderia desenvolver.

A quantidade de resoluções *ad referendum* expressam o destaque da atuação das Comissões para a deliberação e operacionalização da gestão, pactuando sobre matérias encomendadas ao instrumento, revelando o prestígio de atuação que esses espaços possuem e que podem se fortalecer.

Não foi confirmada a preocupação das deliberações e pactuações se concentrarem nos Municípios onde as capitais estaduais se encontram, reforçando a importância da instituição do federalismo tridimensional, com a preservação da autonomia do Município. A assimetria do federalismo é consolidada nestes instantes.

Também, não foi constatada uma concentração temporal das resoluções em alguns meses em 2016. A ruptura de governo ocorrida em 2016 não impactou diretamente no funcionamento das Comissões Intergestores naquele ano.

Sobre a rede de articulação interfederativa que é pensada o SUS, constatou-se o potencial dessas comissões de instrumentalizar essa rede, com decisões que envolvem entes federativos diversos, não só encontrados no perímetro territorial dos estados que a CIB atua, mas dialogando com outros entes federativos²⁹.

No caso da CIT, foi curioso constatar que além da pequena quantidade de resoluções que foram editadas, 40% delas versavam sobre o funcionamento dela mesma.

Não se percebeu, pelo menos nos dados analisados que foram construídos em 2016, a atuação das Comissões uma característica inovativa, não criando nenhuma proposta nova, só operacionalizando decisões e planos já constituídos.

²⁹ Cita-se, como exemplo, a Resolução 005/2016 da CIB de Tocantins, que firmou acordo entre o Estado de Tocantins e o Município de Goiânia, Goiás (constante no Anexo VII).

Por fim, quando abordada o poder das Comissões em transformar suas pactuações em mecanismos normativos, evidenciou-se que as Comissões Intergestores conseguem emitir resoluções e deliberações que implicam a Administração Pública, funcionando como atos administrativos executáveis. Entretanto, essa capacidade não possui uma hierarquia normativa alta, já que resoluções não vinculam a população como um todo, e sim atuam na estrutura da gestão pública. Por esse caráter operacional, essa baixa hierarquia não se torna menos valiosa, porém resoluções são mais facilmente revogáveis por outros atos normativos, principalmente novas resoluções, e não sobrevivem a longo termo temporalmente.

A capacidade democrática e deliberativa destes espaços foi constatada, incorporando a proposição de federalismo baseado na cooperação e na transversalidade da articulação interfederativa, descentralizando a Administração Pública, construindo caminhos fundamentados no diálogo, na deliberação conjunta e da participação, constituindo verdadeiras ações públicas transversais.

Os instrumentos de gestão participativa no SUS cumprem o seu propósito inicial, porém não integralmente, de atuar conjuntamente na discussão da gestão, indiretamente fortalecendo a articulação interfederativa na construção de um arranjo federativo entendido em rede, que é pautado pela participação e pela multiplicidade de atores envolvidos, constituindo um aperfeiçoamento da democracia brasileira incitada desde os seus desejos constitucionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIVROS, CAPÍTULOS DE LIVROS, PERIÓDICOS E TESES

AGGERI, Franck; LABATUT, Julie. **Looking at management through its instruments: A genealogical analysis of instrument-based approaches of management.** Working paper. 2001. <hal-00639734>

ALMEIDA, Debora C. Rezende de; CUNHA, Eleonora Schettini Martins. **A análise da deliberação democrática:** princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: PIRES, Roberto Rocha (org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011. (pp. 109-124).

ARRETCHE, Marta. **Quando Instituições Federativas Fortalecem o Governo Central?** In HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

AUAD, Denise; MARTIMIANO, Maria; PEDROSA, J.C. Hernandes; TANGANELLI, Rogério F. **Mecanismos de participação popular no Brasil:** Plebiscito, referendo e iniciativa popular. Revista Brasileira de Direito Constitucional. São Paulo, v. 1, pp. 291-323, 2004.

AVRITZER, Leonardo. **Sociedade Civil, Instituições Participativas e Representação:** Da Autoridade à Legitimidade da Ação. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 50, nº 3, 2007, pp. 443 a 464.

_____. **Conferências nacionais:** ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil. Texto para discussão 1739. IPEIA, Rio de Janeiro, maio de 2012.

AVRITZER, Leonardo; PEREIRA, Maria de Lourdes Dolabela. **Democracia, participação e instituições híbridas.** In TEORIA & SOCIEDADE. Revista dos Departamentos de Ciência Política e de Sociologia e Antropologia – UFMG) – Belo Horizonte, número especial, maio de 2005.

BALLESTRIN, Luciana. **O Giro Decolonial e a América Latina.** In O lugar da América Latina nas Ciências Sociais. Rumo a uma nova divisão global? (MESA REDONDA). 36º Encontro Anual da Anpocs, 2012.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **Cidadania e democracia.** In Lua Nova, nº 33, São Paulo, Aug. 1994.

BERNARDES, Wilba Lúcia Maia. **Federação e federalismo**: uma análise com base na superação do Estado Nacional e no contexto do Estado Democrático de Direito. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

BEZERRA, Luciana Caroline de Albuquerque; ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida; REIS, Yluska Almeida Coelho dos; SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; CARVALHO, André Luis Bonifácio de; SILVA, Greciane Soares da. **Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção**: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Vol I. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 12ª ed., 2004.

BOHMAN, James. **Representation in the deliberative system**. In PARKINSON, John; MANSBRIDGE, Jane. *Deliberative Systems*. Cambridge University Press, 2012.

BONAVIDES, Paulo. **Constituinte e Constituição – A Democracia, o Federalismo e a Crise Contemporânea**. 3ª. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

BRAGA, Alencar Santana. **O poder político do município no Brasil colônia**. *Revista Brasileira de Direito Constitucional – RBDC* n. 12 – jul./dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS Nº 7**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção da saúde com controle social: relatório final. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília: 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª conferência Nacional de Saúde**: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** – Brasília: CONASS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro.** – Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRUGUÉ, Quim; CANAL, Ramón; PAYA, Palmira. **¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”?**. El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública*, vol. XXIV, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 85-130. Centro de Investigación y docência Económicas, A.C. Distrito Federal, México.

BURGESS, Michael. **Comparative Federalism: theory and practice.** Routledge, 2006.

CARVALHO, André Luiz Bonifácio de; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina de. **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 901-911, 2012.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo.** 31. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2017.

CHAGAS, Magno Guedes. **Federalismo no Brasil: o poder constituinte decorrente na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2006.

CHAMBERS, Simone. **Deliberation and mass democracy.** In PARKINSON, John; MANSBRIDGE, Jane. *Deliberative Systems.* Cambridge University Press, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde.** Relatório Final. Ministério da Saúde, 1975.

_____. **VI Conferência Nacional de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 1 a 5 de agosto de 1977.

_____. **Anais da 7.ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p. Local de Realização: Palácio Itamaraty, Brasília, DF.

_____. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 17 a 21 de março de 1986.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasília-Df, 9 a 14 de agosto de 1992.

_____. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CRUZ, Fernanda Natasha Bravo. **Conselhos nacionais de políticas públicas e transversalidade:** (des)caminhos do desenvolvimento democrático. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional – Orient. Doriana Daroit). – Brasília, Universidade de Brasília, 2017.

CRUZ, Gisele dos Reis; FREIRE, Jussara. **Participação e arenas públicas: um quadro analítico para pensar os conselhos municipais setoriais e os fóruns de desenvolvimento local.** Cadernos Metrópole, n. 10, pp. 75-102, 2º sem. 2003.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

ECHAVARRIA, Carina. **Participação e desenvolvimento.** In IVO, Anete Brito Leal (coord). Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fabesp, 2013.

FARIA, Cláudia Feres. **Deliberação.** In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

FEYERABEND, Paul. **Contra o método.** São Paulo: Editora Unesp, 2007.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. **Participação popular.** In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

FLEURY, Sonia. **Democracia deliberativa.** In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

FONSECA, Francisco. **Democracia e participação no Brasil:** descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo. Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 245-255 jul./dez. 2007.

FONSECA, Cristina Luisa Ramos; TAVARES Junior, Francisco Antônio; RIANI, Rubensmidt. **Construindo consensos em torno de uma gestão regional e integrada no SUS em Minas Gerais:** A experiência da realização do curso de gestão microrregional. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães. Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012.

FUNG, Archon. **Varieties of participation in complex governance**. Public Administration Review, ed. esp., p. 66-75, dez. 2006.

FUNG, Archon; WRIGHT, Erik Olin. **Thinking about Empowered Participatory Governance**. In FUNG; Archon; WRIGHT, Erik Olin. In Deepening democracy: institutional innovations in empowered participatory governance. Verso, 2003.

GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). **Dicionário de políticas públicas**. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente**. Cad. EBAPE.BR, v. 13, nº 4, artigo 12, rio de Janeiro, Out./Dez. 2015.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: Loyola, 2012.

HUEGLIN, Thomas Otto. **Comparative federalism: a systematic inquiry**. University of Toronto Press, 2015.

IVO, Anete Brito Leal (coord). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fabesp, 2013.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. 6ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. **Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments – From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation**. In Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions, vol. 20, No. 1, January 2007 (pp. 1-21).

_____. **Sociologia da Ação Pública**. Maceió: EDUFAL, 2012a.

_____. **A ação pública abordada pelos seus instrumentos**. R. Pós Ci. Soc. v. 9, n. 18, jul/dez. 2012b.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. PortoAlegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEÃO, Thiago Marques; DALLARI, Sueli Gandolfi. **O poder normativo das Comissões Intergestores Bipartite e a efetividade de suas normas**. R. Dir. sanit., São Paulo v. 17 n.1, p. 38-53, mar./jun. 2016.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 20. ed. rev. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 2016.

LIPOVETSKY, Gilles; CHARLES, Sébastien. **Os tempos hipermodernos**. – São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LOCK, Fernando do Nascimento. **Participação popular no controle da administração pública**: um estudo exploratório. Revista Eletrônica de Contabilidade. Volume I. N. 1. Set-Nov, 2004.

LÚCIO, Magda de Lima; COELHO, Meire Lúcia Gomes Monteiro Mota. **Litigiosidade e Impacto na Gestão Pública** – A mediação como instrumento de gestão – A experiência da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal. Revista da PGBD – v. 4 – n. 2 – dez. 2010.

LUCIO, Magda de Lima; DAROIT, Doriania; BESSA, Luiz Fernando Macedo; MADURO-ABREU, Alexandre. **Sentidos e Significados de se Planejar Estrategicamente nas Organizações Públicas** – Planejamento Estratégico Sociotécnico (PLANES): análise de uma experiência. Revista NAU Social – v.5, n.9, p. 151-160. Novembro 2014/Abril 2015.

LÚCIO, Magda de Lima; GONÇALVES, Sávia Maria Leite Rodrigues. **Políticas de acesso à justiça**: mediação. In O Social em Questão – Ano XIX – nº 36 – Rio de Janeiro: PUC, 2016.

MANSBRIDGE, Jane; BOHMAN, James; CHAMBERS, Simone; CHRISTIANO, Thomas; FUNG, Archon; PARKINSON, John; THOMPSON, Dennis F.; WARREN, Mark E.. **A systemic approach to deliberative democracy**. In PARKINSON, John; MANSBRIDGE, Jane. Deliberative Systems. Cambridge University Press, 2012.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Avanços e desafios do SUS na atualidade**. CONASS. Coleção Para entender a Gestão do SUS – 2015.

MARINHO, Paulino da Silva. **Gestão Participativa nas políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde: principais componentes e desafios**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Brasília, v. 4, n. 1, jan/mar. 2015. p. 120-142.

MATOS, Gustavo Gomes de. **Comunicação aberta**: no caminho da cultura do diálogo. Barueri, SP: Manole, 2015.

MBEMBE, Achille. **Sair da Grande Noite**. Ensaios sobre a África descolonizada. Luanda/Lisboa, Mulemba/Pedago, 2014.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 10. ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2015.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. **A participação popular como fonte de legitimidade democrática da administração pública**. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 – 21 Oct. 2005.

MONTEIRO NETO, Aristides (organizador). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. – Brasília: Ipea, 2014.

MONTEIRO NETO, Aristides; ISMAEL, Ricardo; ROMANATTO, Eduiges; MATOS, Elmer Nascimento; FIORI, Tomás Pinheiro; BIRKNER, Walter Marcos. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil**: dinâmicas, impasses e consensos atuais (revelados por gestores públicos estaduais). Texto para discussão 2306. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, maio de 2017.

MOURA, Joana Tereza Vaz de; LACERDA, Alan Daniel Freire; ALMEIDA, Lindijane Bento. **A anatomia da participação**: os conselhos como arena decisória. In PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v. 18.1, pp. 117-133, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Democracia participativa**. In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

OLASUNKANMI, Aborisade. **Development in Africa**: the need for a cultures-sensitive approach. Journal of Sociology and Social Antropology, v.2, n.2, p. 97-101, 2011.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. In The Lancet. Saúde no Brasil – maio de 2011.

PAPADOPOULOS, Yannis; WARIN, Phillippe. **Are innovative, participatory and deliberative procedures in policy making democratic and effective?** European Journal of Political Research. 46: 445-472, 2007.

POGREBINSCHI, Thamy; SAMUELS, David. **The Impact of Participatory Democracy**. Evidence from Brazil's National Public Policy Conferences. Comparative Politics, (pp. 313-332). April 2014.

RODDEN, Jonathan. **Comparative Federalism and Decentralization**: on Meaning and Measurement. In Comparative Politics, July, 2004.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. **Federalismo e Articulação Intergovernamental**: os conselhos de secretários estaduais. In HOCHMAN, Gilberto; FARIA; Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

SANTOS, Edirlei Machado do. **Gestão participativa: estratégia de consolidação do sistema único de saúde**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 30, n. 2, p. 107-112, jul./dez. 2009.

SANTOS, Fábio Gomes dos. **Participação na administração como direito fundamental**. Revista digital de direito administrativo, v. 1, n. 2, p. 436-453, 2014.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa.** – Campinas, SP: Saberes Editora, 2003.

SANTOS, Ronaldo Alencar dos; ANDRADE, Priscilla Lopes. **A evolução histórica do federalismo brasileiro: Uma análise histórico-sociológica a partir das Constituições Federais.** Anais do XXI Congresso Nacional do CONPEDI [Recurso Eletrônico]. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012.

SARMENTO, George. **Estudo introdutório.** Políticas públicas como instrumento para a efetividade dos direitos sociais. In LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. Sociologia da ação pública. Maceió: EDUFAL, 2012.

SCHÜTZE, Robert. **From Dual to Cooperative Federalism.** The Changing Structure of European Law. Oxford University Press, 2009.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2. ed. – São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SENNETT, Richard. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política de cooperação.** Tradução: Clóvis Marques – Rio de Janeiro: Record, 2012.

SERRES, Michel. **Luzes: cinco entrevistas com Bruno Latour.** São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

SILVEIRA, Alessandra. **Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos.** Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Editora Almedina, 2007.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

_____. **Instituições e Mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas.** In HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Orgs.). Federalismo e políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

STANISCI, Silvia Andrade. **Gestão participativa.** In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

STEIN, M.B. **Federal Political Systems and Federal Societies.** World Politics, 20. 1968.

TATAGIBA, Luciana; TEIXEIRA, Ana Cláudia Chaves. **Participação e democracia.** Velhos e novos desafios. Civitas, v. 6, n. 1, Porto Alegre, jan.-jun. 2016. p. 223-240.

VAZQUES, Daniel Arias. **Federalismo.** In GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (orgs). Dicionário de políticas públicas. 2. ed. – São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

ZIMMERMANN, Augusto. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 1999.

LEGISLAÇÕES

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro, 1990a.

_____. **Lei nº 8.142**. 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. 28 de dezembro, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**. NOB 1/96. 5 de novembro de 1996.

_____. **Decreto nº 7.508**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 28 de junho, 2011b.

_____. **Lei nº 12.466**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar providências. 24 de agosto, 2011c.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Executiva – Comissão Intergestores Tripartite. **Calendário de reuniões das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites – 2016**. Atualizado em 24/02/2016. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/29/calendarioci-290216.pdf>>. Acesso em: 18 de dez. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. CIT. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17164-cit>>. Acesso em: 18 de dez. de 2017.

ANEXO I

Análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde em relação à descentralização e articulação interfederativa e da participação social

ANÁLISE DOS RELATÓRIOS FINAIS DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE EM FUNÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA E DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	
DESCENTRALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA	PARTICIPAÇÃO SOCIAL
1ª CNS	
Proposição de questionário aos estados e municípios para levantamento das condições de cada região no que tange as diretrizes educacionais e sanitárias.	Não versa sobre o assunto.
2ª CNS	
Não possui relatório final.	Não possui relatório final.
3ª CNS	
Traz como terceiro tema a Municipalização dos Serviços de Saúde: “Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país; os serviços de saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta, na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um”	Não versa sobre o assunto.
4ª CNS	
Sem acesso ao relatório final	Sem acesso ao relatório final.
5ª CNS	
Concluiu que existe “ausência de coordenação entre os diversos níveis de governo, assim como descoordenação inter e intrasetorial” (T I 1).	Identificou bloqueio à “falta de informação adequada e mecanismos institucionais que possibilitem o reconhecimento das necessidades básicas da população (T I 1).
6ª CNS	
Apesar de tratar da interiorização dos serviços de saúde, não adentra no tema de descentralização e articulação interfederativa.	O âmbito em matéria de saúde é tão amplo, que a sua abordagem pressupõe uma atenção do Estado nos distintos setores da população, dentro ainda da consciência de que os problemas de saúde pública só podem ser resolvidos plenamente com a participação do Estado e de toda a população, das classes intelectuais, dos trabalhadores, dos professores, dos estudantes, do setor empresarial e da comunidade em sua mais ampla concepção. Vem a propósito a frase lapidar do Ministro Paulo de Almeida Machado: “Saúde Pública se faz com o povo e para o povo”. (TII 2.)
7ª CNS	
Conclui: “Consenso de que as ações do programa devem ser desenvolvidas, sob a coordenação geral do Ministério da Saúde, pelas secretarias de saúde dos estados e municípios em estreita articulação e com a estreita participação não só do Ministério da	Conclui: “Acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa, ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo

Previdência e Assistência Social como também dos demais ministérios que compõem o conselho de Desenvolvimento Social”. (p. 217)	representar fator determinante para que alcance suas finalidades”. (p. 217)
8ª CNS	
<p>A proposta de um novo sistema de saúde tem como princípios referentes à organização: descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; unidade na condução das políticas setoriais; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; fortalecimento do papel do Município; introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito de escolher a terapêutica preferida (p. 10)</p> <p>As atribuições básicas de cada nível do Governo devem ter por fundamento o caráter federativo da nossa República, de tal modo a romper a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE deve reforçar, neste sentido, o poder político, administrativo e financeiros dos Estados e Municípios (p. 12-13).</p>	<p>“Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações. Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional, estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade em planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida”. (p. 17-18)</p>
9ª CNS	
<p>O relatório final da 9ª CNS que é disponibilizado se encontra parcialmente inelegível. Entretanto o item 5 (Implementação do Sistema Único de Saúde) e principalmente o item 5.2. – Com relação à Descentralização e Municipalização) recomendam diretrizes de consolidação da descentralização e da municipalização que os conferencistas consideram ainda incipientes (p. 26).</p>	<p>O item 6, que versa sobre o controle social, foi o espaço de discussão que deliberou e recomendou sobre os aspectos da participação, principalmente sobre a instauração de conselhos e de conselhos gestores.</p> <p>“A prática de controle social sobre políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania.</p> <p>Para que se concretize, é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde.</p> <p>O fortalecimento de instancias públicas como foros legítimos de articulação e resolução dos conflitos de interesses que permeiam as relações entre o Estado e a</p>

	<p>Sociedade é uma necessidade imperiosa, particularmente na atual conjuntura de nosso país, face às investidas de interesses privatizantes contrários à distribuição equitativa da renda nacional e dos benefícios sociais.</p> <p>No campo da Seguridade Social, os Conselhos instituídos pela legislação vigente, com representação do Estado, trabalhadores, usuários, empresários e profissionais do setor são instrumentos privilegiados para o exercício do controle social.</p> <p>No que diz respeito aos Conselhos de saúde tem-se observado o não cumprimento efetivo da Lei Orgânica de Saúde de diversas formas: indicação de representantes dos usuários pelo poder executivo; transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho; não implantação de Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósito dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos; desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e representantes dos segmentos.</p> <p>Em função desses e outros problemas, torna-se indispensável a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social já existentes” (p. 33).</p>
10ª CNS	
<p>Na sessão 2.4 Gestão em saúde, recomenda: “52 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem gerir o SUS de forma colegiada, com instrumentos de articulação entre os diferentes setores do Governo e com a participação da sociedade. Também deve ser consolidado um sistema de cogestão pública entre a União, os estados e os municípios, implantando o planejamento interinstitucional, orçamentário e financeiro, com controle social, para garantir o funcionamento e implementação do SUS”. (p. 30).</p>	<p>1. Saúde, cidadania e políticas públicas</p> <p>4 Defender um Estado público e solidário através de:</p> <p>4.1 transparência real e controle social em todas as instituições públicas federais, estaduais e municipais, com prestações de contas realizadas regularmente e com o cumprimento das deliberações dos fóruns que têm participação da população;</p> <p>4.2 realização de fóruns permanentes de defesa da cidadania plena, com ampla participação da sociedade, para discutir e deliberar sobre projetos e programas governamentais que interferem na qualidade de vida e para articular ações que impeçam a terceirização e a privatização das políticas sociais;</p> <p>4.3 definição clara e implementação das funções de cada nível de governo em todas as políticas, inclusive em relação à Reforma Tributária, que deve garantir maior autonomia dos municípios, com controle social sobre a definição da destinação e aplicação dos recursos;</p> <p>4.4 criação de Conselhos de Desenvolvimento Econômico e Social para estimular o desenvolvimento local, para promover a articulação entre as políticas públicas, para ampliar os benefícios sociais, para deliberar e para fiscalizar o repasse e a aplicação de recursos públicos no setor privado;</p> <p>4.5 fortalecimento do seu papel de promotor da equidade. (p. 15)</p> <p>2.2.1. Comissões Intergestores de Saúde</p> <p>35 Os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde devem definir com clareza as competências e os objetivos das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite,</p>

	<p>particularmente no que diz respeito à sua relação com os Conselhos de Saúde, obedecendo às seguintes diretrizes:</p> <p>35.1 funcionar como fóruns permanentes de discussão, negociação, pactuação e implementação da descentralização regionalização e hierarquização, de acordo com estratégias definidas pelos respectivos Conselhos de Saúde;</p> <p>35.2 ter atuação restrita a aspectos técnico-operacionais, com abertura das reuniões à participação de conselheiros, na qualidade de ouvintes, e divulgação prévia de cronograma e pautas;</p> <p>35.3 submeter as questões de Política de Saúde ao controle social dos Conselhos de Saúde, que têm poder deliberativo;</p> <p>35.4 criar Câmaras Técnicas ou instâncias semelhantes com atribuições de compensação de recursos financeiros, referência/contra-referência e de gestão de procedimentos de alta complexidade e de outras situações criadas por problemas que ultrapassam os limites territoriais de estados e municípios;</p> <p>35.5 estimular o intercâmbio e a cooperação técnica entre gestores, visando à implementação, à análise e à divulgação de experiências descentralizadas e inovadoras em gestão e atenção da saúde. (p. 25)</p>
11ª CNS	
<p>“O processo de descentralização propiciou inúmeros avanços e melhorou substancialmente o acesso à população aos serviços. No entanto, é notória a sobrecarga das regiões metropolitanas e cidades de maior porte por serviços que poderiam ser descentralizados. Persiste uma excessiva concentração de serviços de alta complexidade em cidades-pólo, com serviços altamente lucrativos e que pressionam o SUS, enquanto em muitas regiões do País praticamente não existem centros de referência de média e alta complexidade. A carência de recursos nos pequenos municípios perpetua sua situação de dependência em relação aos pólos regionais. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde é um processo de construção lenta e difícil, que caminha de modo desigual nas diferentes regiões, estados e municípios. O financiamento não está orientado para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas, principalmente em relação à média e alta complexidade. Os princípios de universalização e de integralidade não são obedecidos na organização das redes e há desigualdade no atendimento. Nesse sentido, os estados não estão cumprindo seu papel de coordenadores da implementação do SUS. Essa omissão dos gestores estaduais – que não transferem os recursos adequados, estabelecem sistemas exorbitantes de cobrança dos gestores municipais, não suprem adequadamente os municípios, não cumprem seu papel de assessorar</p>	<p>“Os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde entendem que houve avanço significativo no Controle Social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde são os mecanismos de controle social que mais avançaram na aproximação com as necessidades e demandas dos cidadãos.</p> <p>A adequada participação dos conselhos na gestão do SUS, contudo, ainda sofre impedimentos diversos, entre os quais são citados: a) falta de controle sobre Central de Marcação; b) pouco acesso aos dados do DATASUS para orientar as prioridades e o planejamento; e c) carência de informação sobre o próprio SUS, que distancia os usuários do Sistema da participação efetiva nos conselhos de saúde. (...)</p> <p>Foram apontados vários aspectos que dificultam o desenvolvimento dos mecanismos de Controle Social, a saber: a) a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos</p>

<p>técnica e financeiramente os municípios –, foi destacada. Os participantes entendem que há ausência do Estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e resolutividade. Falta de compromisso e de autonomia são as palavras utilizadas para definir tal situação. Reconhece-se, todavia, que há diferenças entre a atuação das diversas Secretarias Estaduais de Saúde, com enormes disparidades entre as unidades federadas na organização dos serviços de saúde. É reconhecida a atuação de pelo menos quatro dos estados – RS, SP, MT e PR –, que se responsabilizam pela gestão plena de seu sistema, enquanto os demais não estão habilitados” (p. 22-23).</p>	<p>mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos nacional e Estaduais, para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil; g) a falta de capacitação de gestores e conselheiros (falta de informações quanto aos princípios e legislação do SUS, extensivos aos cidadãos de forma geral; deficiências de capacitação dos conselheiros); e h) o desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao Judiciário e a outros mecanismos de exercício de Controle Social” (p. 44-46).</p> <p>São listados como desafios: “1. Instituir um sistema público de saúde democrático, onde as prioridades sejam definidas de forma participativa, com instrumentos de Controle Social como o Ministério Público e os Conselhos de Saúde, no contexto das políticas de Estado Mínimo do atual governo” (p. 53); e “7. Criar mecanismos para que cada cidadão possa exercer seu papel de fiscalização dentro das políticas públicas na sociedade” (p. 54).</p>
12ª CNS	
<p>A 12ª Conferência Nacional de Saúde contou com diversos eixos temáticos, em que se podem considerar cruciais para a descentralização e articulação interfederativa:</p> <p>a) Eixo temático III – A Intersetorialidade das Ações de Saúde: versa primordialmente da intersectorialidade ministerial e conta como 80 recomendações;</p> <p>b) Eixo temático IV – As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS, com 38 recomendações: “para que o SUS possa ser efetivo quanto à integração e à coordenação das ações, visando a tão almejada integralidade na atenção, torna-se imperativo promover a efetiva cooperação entre as três esferas de governo, assentada em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, que potencializem os recursos financeiros e integrem a formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo mecanismo de interação e de gestão para lidar com conflitos.</p> <p>O aprimoramento do processo de pactuação entre os gestores nas comissões bipartites (CIB) e tripartite (CIT) e do relacionamento entre estas e os Conselhos de Saúde é fundamental para efetivar a</p>	<p>São dadas 54 recomendações acerca da participação social no SUS, que contribuem para o fortalecimento da gestão participativa e do controle social. Há um enfoque nos conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde, bem como a implementação de outros mecanismos de estreitamento de laços da gestão do SUS com a comunidade. Das páginas 102 a 112.</p> <p>Além, no Eixo temático VI – Controle Social e Gestão Participativa: “O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços.</p> <p>O município é o espaço para a construção de uma rede de participação social de grande capilaridade, entrelaçando as diferentes instâncias de gestão em saúde, articulada ao conjunto das outras esferas.</p> <p>(...)</p> <p>Além disso, se faz necessária a criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicidade</p>

<p>descentralização e a regionalização do SUS, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população” (p. 67).</p>	<p>e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão. Todos esses fatores contribuem para a qualificação da administração pública, ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa.</p> <p>Outro componente estratégico da gestão participativa é a criação em cada instituição do SUS de processos de ampliação da participação dos profissionais e funcionários na gestão, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores com as instituições” (p. 101).</p>
<p>13ª CNS</p>	
<p>Traz no Eixo II – Inéditas: “26. Que na construção do Pacto pela Saúde seja incluído o componente da saúde na perspectiva da responsabilização em torno de ações intersetoriais que permitam a construção de estratégias para promoção da saúde como espaço de concretização da cidadania e defesa da vida, viabilizando aporte de recursos conjuntos das secretarias municipais e estaduais, envolvidas nesta intersetorialidade para realização das ações de saúde, educação, lazer, etc., promovendo ainda a cultura da paz” (p. 133).</p>	<p>Traz no Eixo III – A Participação da Sociedade na efetivação do Direito Humano à Saúde: “17. que o conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais convoquem periodicamente as conferências, preferencialmente no primeiro ano dos mandatos de governo, para que suas deliberações se constituam diretrizes para as políticas de saúde, utilizando metodologias que possibilitem ampla participação, incluindo em sua programação a avaliação da implementação das propostas deliberadas em conferências anteriores e mobilizando todos os meios de comunicação para a divulgação de sua realização para toda a população”. (p. 161); “20. O Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais, em parceria com os entes federados em suas respectivas esferas, devem criar uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas deliberadas pelas conferências gerais e temáticas, realizando plenárias permanentes de avaliação com ampla participação popular e divulgação das informações pelos vários meios de comunicação” (p. 161); “33. Assegurar a participação da população nos espaços de formação em saúde em todos os níveis, a fim de garantir uma formação para o SUS comprometida com as necessidades sociais e de saúde da população” (p. 163); 42. Que o Conselho Nacional de Saúde promova estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo, incluindo Ministérios Públicos Estaduais e Federal, Tribunal de Contas e a sociedade civil organizada nos diferentes segmentos, a fim de garantir a legitimidade ao controle social, permitir o compartilhamento de informações sobre a saúde do país, a adoção de um modelo de desenvolvimento humano sustentável, uma agenda de enfrentamento dos problemas sociais e a gestão participativa” (p. 165).</p> <p>Traz no Relatório Final: “10. Promover uma ampla avaliação do processo de participação e controle social do SUS, em todas as esferas de gestão, de forma a aperfeiçoar a participação social na gestão do sistema, inovando estratégias e práticas e consolidando a relação entre Estado, Governo e sociedade civil na coresponsabilização pela produção de saúde coletiva. Tal avaliação deve incluir as conquistas, dificuldades,</p>

	distorções e os desafios de conselhos, conferências e outras modalidades de participação e deve ter como perspectiva a consolidação da Gestão Participativa do SUS” (p. 176).
14ª CNS	
As propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde que constam o tema são: a) Diretriz 2: gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS; b) Diretriz 4: o sistema único de saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde; e c) Diretriz 12: por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis.	As propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde que constam o tema são: a) Diretriz 2: gestão participativa e controle social sobre o Estado: Diretriz 12: construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS.

Fonte: Relatórios da 1ª, 3ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde. Elaborado pela autora.

ANEXO II

Relação das Deliberações do Colegiado de Gestores do Distrito Federal em 2016

Número	Matéria
001/2016	Aprovar por consenso, a habilitação do Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia.
002/2016	Aprovar por consenso, a ocupação pela Subsecretaria de Vigilância Sanitária do prédio anteriormente ocupado pela DSOC, sem retirada do Centro de Especialidades Odontológica existente no edifício.
003/2016	Aprovar por consenso, o Plano de Saúde do Distrito Federal 2016-2019
004/2016	Aprovar por consenso, o Plano de Ação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
005/2016	Aprovar por consenso, o Credenciamento do Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I, do Hospital de Apoio de Brasília, CNES: 2649527.
006/2016	Aprovar por consenso, o Credenciamento da Oficina Ortopédica Fixa da SES/DF, CNES: 73822243.
007/2016	Aprovar por consenso, o Credenciamento do Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo - II, do Hospital de Apoio de Brasília, CNES: 2649527
008/2016	Aprovar por consenso, a prorrogação do Concurso Público, normatizado pelo Edital nº 01 - SEAP/SES-AOSD, NS e NM, de 28 de maio de 2014, publicado no DODF nº 109, de 30 de maio de 2014
009/2016	Aprovar por consenso, a Construção do Hospital do Câncer do Distrito Federal
010/2016	Aprovar por consenso, a Programação Anual de Saúde/2016
011/2016	Aprovar por unanimidade o Plano Oncológico do Distrito Federal 2016-2019
012/2016	Aprovar por consenso, o credenciamento do CAPS Infante Juvenil Sobradinho I, CNES: 7552270.
013/2016	Aprovar por consenso, o Relatório Anual de Gestão - RAG-2015, constante do Processo: 060.006.848/2016
014/2016	Aprovar por consenso, o Relatório Anual de Gestão - RAG-2015, constante do Processo: 060.006.848/2016.
015/2016	Aprovar por consenso, o Plano de Implementação e Fluxos de Encaminhamentos da Unidade de Internação em Cuidados Prolongados em Reabilitação do Hospital de Apoio de Brasília.
016/2016	Aprovar por consenso, a alteração da habilitação do Hospital Regional de Taguatinga (CNES: 0010499), de Hospital Geral com Cirurgia Oncológica para Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON
017/2016	Aprovar por consenso, a destinação dos dois veículos Fiat Doblô doados pelo Ministério da Saúde para as Regiões Centro-Sul e Centro-Norte
018/2016	Aprovar por consenso, o descredenciamento/desabilitação do Instituto de Doenças Renais de Ceilândia.
019/2016	Aprovar por consenso, o credenciamento de 13 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, tipo II, da DOMED Serviços de Saúde Ltda., CNES: 9040021.
020/2016	Aprovar por consenso, as metas da Pactuação Interfederativa do ano de 2016.
021/2016	Aprovar, por consenso, transferência de até 90 pacientes via Tratamento Fora do Domicílio - TFD, conforme Portaria No 48, de 11 de abril de 2005, e ou transporte de urgência de acordo com o quadro clínico do paciente informado pelos Superintendentes das Regiões de Saúde do Distrito Federal, para realização de cirurgia ortopédica no Estado de Goiás.
022/2016	Aprovar por consenso, a alteração do artigo 6o do Regimento Interno do Colegiado de Gestão da SES/DF

023/2016	Aprovar por consenso, o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
024/2016	Aprovar por consenso, o Credenciamento do Serviço de Cuidados Prolongados Neurológicos da pediatria do Hospital Regional de Ceilândia, CNES: 0010480.
025/2016	Aprovar por consenso, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

ANEXO III

Relação das Resoluções da CIB da Bahia em 2016

Número	Matéria
001/2016	Aprova a transferência de recursos financeiros de média e alta complexidade, para assistência em Oncologia/Quimioterapia, do Fundo Municipal de Saúde de Vitória da Conquista para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia.
002/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios.
003/2016	Aprova a desabilitação dos serviços listados abaixo para o Código 05.06 – Procedimentos Relacionados ao Glaucoma em conformidade com as solicitações dos respectivos gestores municipais.
004/2016	Aprova a alteração de categoria profissional de NASF Tipo I, no Município de São Félix do Coribe.
005/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Feira de Santana e São Felipe.
006/2016	Aprova a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia em unidade do Município de Paramirim.
007/2016	Aprova a habilitação do Hospital do Subúrbio como Hospital Tipo III em Urgência, no Município de Salvador.
008/2016	Aprova a habilitação do Hospital São José Maternidade Santa Helena como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, no município de Ilhéus.
009/2016	Aprova a habilitação do Serviço de Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, no âmbito hospitalar, no Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, do Município de Salvador.
010/2016	Aprova a habilitação da APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, como Serviço de Referência em Doenças Raras (Eixo I) no município de Salvador.
011/2016	Aprova a habilitação do Hospital Santa Helena como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular, em procedimentos de Cardiologia Intervencionista, em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e em Laboratório de Eletrofisiologia, no Município de Jequié.
012/2016	Aprova a habilitação de 07 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN no Hospital Geral Roberto Santos, no município de Salvador.
013/2016	Aprova a habilitação de 05 leitos de Unidade de Cuidado Neonatal Canguru – UCINCa, no Hospital Geral Roberto Santos, no município de Salvador.
014/2016	Aprova a implantação da UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica e Hematologia no Hospital Martagão Gesteira, no município de Salvador.
015/2016	Aprova a implantação da UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica no Hospital Estadual da Criança, no município de Feira de Santana.
016/2016	Aprova a habilitação do Hospital Estadual da Criança como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, no município de Feira de Santana.
017/2016	Aprova a habilitação do Hospital Estadual da Criança como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia Pediátrica, no Município de Feira de Santana.
018/2016	Aprova a Inserção do Hospital Municipal Waldemar Ferreira de Araújo, do município de Teofilândia, Estado da Bahia, na Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte – HPP.
019/2016	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Entre Rios.
020/2016	Aprova a solicitação de prorrogação do prazo de execução da estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Media Complexidade, estabelecido pela Portaria nº 1.034, de 22 de julho de 2015.

021/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios.
022/2016	Institui o Regimento Interno dos Fóruns Perinatais da Bahia.
023/2016	Aprova o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, nos Municípios de Nova Soure e Barro Preto.
024/2016	Aprova a alteração da carga horária da Equipe de NASF Tipo I, no Município de Olindina.
025/2016	Aprova a alteração da categoria profissional de NASF Tipo I, no Município de Coronel João Sá.
026/2016	Aprova a alteração de composição das Equipes de NASF Tipo I, nos Municípios de Itaberaba, Conceição da Feira e Cairu.
027/2016	Aprova a alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, no Município de Aracatu.
028/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Aurelino Leal e Angical.
029/2016	Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Ubatã e Angical.
030/2016	Aprova o credenciamento de Agente Comunitário de Saúde – ACS nos Municípios de Teolândia e Cruz das Almas.
031/2016	Aprova o credenciamento de Unidade Odontológica Móvel – UOM nos Municípios de Catolândia, Mansidão, São Desidério e Baianópolis.
032/2016	Aprova a habilitação do Hospital de Olhos de Ilhéus, no município de Ilhéus, para procedimentos relacionados ao Glaucoma.
033/2016	Aprova a habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Terapia Renal Substitutiva, no Instituto do Rim de Itaberaba no município de Itaberaba e a exclusão da habilitação em Terapia Renal Substitutiva para o Hospital Regional de Itaberaba.
034/2016	Aprova a atualização dos anexos I, II e III da Resolução CIB Nº 249/2014.
035/2016	Aprova a habilitação do Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães, no Município de Itabuna, para os Códigos 09.06 Cuidados Prolongados – Enfermidades Decorrentes da AIDS e 09.07. Cuidados Prolongados – Causas Externas.
036/2016	Institui a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia no Estado da Bahia, segundo objetivos da Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016.
037/2016	Aprova os Termos de Adesão ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância e Saúde – PQAVS nos Municípios: Abaíra, Araçás, Formosa do Rio Preto, Gongogi, Luis Eduardo Magalhães, Pirai do Norte, Santa Bárbara, São Francisco do Conde, Tanquinho, Taperoá e Teodoro Sampaio.
038/2016	Aprova a solicitação ao Ministério da Saúde de incremento de recurso de média e alta complexidade, para enfrentamento da tríplice epidemia, priorizando os quatorze municípios da Bahia com maior incidência de casos de doenças causadas pelos três arbovirus.
039/2016	Aprova, ad referendum, no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos do Programa Academia da Saúde, a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Manoel Vitorino, conforme Termo de Compromisso assinado pelo gestor.
040/2016	Aprova o fluxo de distribuição de Benzilpenicilina 1.200.000 UI, fornecidos pelo Ministério da Saúde para o tratamento de sífilis em gestantes e seus parceiros.
041/2016	Aprova a solicitação ao Ministério da Saúde de composição de recurso financeiro ao limite financeiro anual de média e alta complexidade dos Municípios executores, por tipo de gestão, para a Rede de Oncologia do Estado da Bahia.
042/2016	Aprova prazo de 60 dias para regularização, pela SMS de Jequié, da assistência hospitalar: Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, para a população própria e pactuada.
043/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA MARÇO/2016.
044/2016	Aprova o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, nos Municípios de Jussara e Luís Eduardo Magalhães.
045/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Itaparica e Luís Eduardo Magalhães.

046/2016	Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Itaparica e Luís Eduardo Magalhães.
047/2016	Aprova o credenciamento de Agente Comunitário de Saúde – ACS no Município de Luís Eduardo Magalhães.
048/2016	Aprova o credenciamento de Unidade Odontológica Móvel – UOM no Município de Nilo Peçanha.
049/2016	Aprova a emissão de Parecer Favorável ao credenciamento do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de Itapetinga.
050/2016	Aprova a habilitação de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto tipo II do Hospital Regional de Eunápolis, no município de Eunápolis.
051/2016	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Canudos.
052/2016	Aprova a adesão do município de Teixeira de Freitas à Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional.
053/2016	Aprova a operacionalização da cessão de crédito mensal, de forma automática e regular, relativa aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.
054/2016	Aprova ad referendum o aporte de recurso financeiro federal no teto financeiro do Estado da Bahia, para equipar uma policlínica no município de Vitória da Conquista.
055/2016	Aprova a composição atual do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia, e dá outras providências.
056/2016	Aprova ad referendum a Proposta de nº 11170660000114009, Emenda Parlamentar nº 27480007, para Construção da Unidade de Saúde da Família Porte I na localidade de Mocambo/Zona Rural – município de Santa Maria da Vitória.
057/2016	Aprova a manutenção na gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) do Hospital Santo Antônio – Associação Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) – CNES 2802104, referência de média e alta complexidade.
068/2016	Aprova o repasse do Comando Único das Ações e Serviços da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar de Média e Alta Complexidade para o Município de São Félix do Coribe.
059/2016	Aprova a distribuição de recurso do incremento de média e alta complexidade pelo Ministério da Saúde, para enfrentamento da tríplice epidemia, priorizando os quatorze municípios da Bahia com maior incidência de casos de doenças causadas pelos três arbovírus.
060/2016	Aprova, ad referendum, no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos do Programa Academia da Saúde, a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Novo Horizonte, conforme Termo de Compromisso assinado pelo gestor.
061/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios, a partir da COMPETÊNCIA ABRIL/2016.
062/2016	Aprova o credenciamento de uma Equipe de Saúde Bucal – ESB no Município de Santo Estevão.
063/2016	Aprova o credenciamento de uma Equipe de Saúde da Família – ESF no Município de Santo Estevão.
064/2016	Aprova a habilitação de laboratório Tipo I em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no município de Salvador.
065/2016	Aprova o Regimento Interno do Grupo Condutor Estadual de Redes de Atenção à Saúde do Estado da Bahia.
066/2016	Aprova o repasse do Comando Único das Ações e Serviços da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar de Média e Alta Complexidade para o Município de São Francisco do Conde.
067/2016	Aprova a revisão da habilitação de laboratórios Tipo I e Tipo II, na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

068/2016	Aprova ad referendum a alteração no Projeto do SAMU Regional Irecê/Jacobina quanto à transferência das Unidades de Suporte Básico- USB, dos municípios de Várzea do Poço e Piritiba, para os municípios de Serrolândia e Miguel Calmon, respectivamente.
069/2016	Institui a suspensão dos recursos de cofinanciamento dos municípios que compõem os SAMU Regionais de Juazeiro, Paulo Afonso, Guanambi, Vitória da Conquista/Itapetinga, Jequié e Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas, referentes à manutenção da Central de Regulação de Urgência e/ou das Unidades de Suporte Avançado do componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, SAMU 192
070/2016	Aprova ad referendum alterações no Limite Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia.
071/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA MAIO/2016.
072/2016	Aprova ad referendum no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos do Programa Academia da Saúde, a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Brejolândia, conforme Termo de Compromisso assinado pelo gestor.
073/2016	Aprova a alteração da carga horária e do quantitativo de profissionais de NASF Tipo II, no Município de Quixabeira.
074/2016	Aprova a alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, no Município de Irará.
075/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB no Município de Santo Antônio de Jesus.
076/2016	Aprova a habilitação da Santa Casa de Misericórdia de Alagoinhas, no município de Alagoinhas, para procedimentos relacionados ao Glaucoma.
077/2016	Aprova a oferta do Projeto “Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede Atenção às Urgências – GEPPRAU”, através do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em parceria com o Ministério da Saúde (MS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para as Macrorregiões Oeste e Centro Norte do Estado.
078/2016	Aprova os municípios para Implantação das Salas de Telemedicina, no âmbito da Política Estadual para Redução de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio.
079/2016	Aprova ad referendum no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos do Programa Academia da Saúde, a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Pau Brasil, conforme Termo de Compromisso assinado pelo gestor.
080/2016	Aprova o credenciamento com fins de habilitação dos Centros de Especialidades em Reabilitação (CER) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) – Bahia.
081/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios, a partir da competência junho/2016.
082/2016	Aprova ad referendum a Proposta de nº 12345.0780001/16-001, Emenda Parlamentar nº 30510003-2016, para Ampliação da Unidade de Saúde da Família Antônio Ramalho no município de Saúde.
083/2016	Aprova o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, nos Municípios de Vitória da Conquista e Vera Cruz.
084/2016	Aprova a alteração de composição das Equipes de NASF, nos Municípios de Matina e Maragogipe.
085/2016	Aprova a habilitação do Hospital Estadual da Criança como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, no Município de Feira de Santana.
086/2016	Aprova a implantação da UNACON – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, no âmbito da Rede de Atenção a Pessoa com Doenças Crônicas do Estado da Bahia, no Hospital Santa Helena, no município de Jequié.
087/2016	Aprova a habilitação de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto tipo II no Hospital Santo Antônio – OSID, no município de Salvador.
088/2016	Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos Municípios de Ibicuí e Boa Vista do Tupim.
089/2016	Aprova o descredenciamento do Hospital Espanhol e sua substituição imediata pelo Hospital do Subúrbio na Rede Nacional de Hospitais de Referência para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, no município de Salvador.

090/2016	Aprova ad referendum a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia em unidade do Município de Saúde.
091/2016	Aprova ad referendum a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Cocos.
092/2016	Aprova a transferência dos recursos financeiros de média e alta complexidade hospitalar, do Fundo Municipal de Saúde de Itabuna para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia.
093/2016	Aprova a solicitação de recurso financeiro federal para a manutenção do Hospital Santo Antônio – Associação Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) – CNES 2802104.
094/2016	Aprova a transferência dos recursos financeiros de média e alta complexidade hospitalar, do Fundo Municipal de Saúde de Itabuna para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia.
095/2016	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos financeiros de média e alta complexidade hospitalar do município de Muritiba para o município de São Félix.
096/2016	Aprova a inclusão do serviço de Radioterapia da UNACON de Ilhéus no Plano Estadual de Atenção ao Câncer.
097/2016	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos financeiros de média e alta complexidade do Fundo Estadual de Saúde da Bahia para os Fundos Municipais de Saúde de Coribe, Santo Amaro e São Félix do Coribe.
098/2016	Aprova ad referendum a habilitação do Serviço de Terapia Nutricional de Alta Complexidade do Hospital Santo Antonio – Obras Sociais Irmã Dulce, município de Salvador, no Estado da Bahia.
099/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios a partir da COMPETÊNCIA JULHO/2016.
100/2016	Aprova ad referendum a habilitação de Unidade Especializada em Doença Renal Crônica com TRS/Diálise para a Clínica SARE – Serviço de Assistência ao Paciente Renal, município de Itapetinga, no Estado da Bahia.
101/2016	Aprova ad referendum o credenciamento de Unidade Odontológica Móvel – UOM no Município de Igrapiúna.
102/2016	Aprova ad referendum o credenciamento de Equipes de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Igrapiúna e Iará.
103/2016	Aprova ad referendum o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB no Município de Iará.
104/2016	Aprova ad referendum a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia em unidade do município de Ipirá.
105/2016	Aprova ad referendum a habilitação do Hospital Universitário Professor Edgard Santos HUPES, no município de Salvador, para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
106/2016	Aprova ad referendum a habilitação do Hospital Universitário Professor Edgard Santos HUPES, no município de Salvador, para os Códigos 1103 - Tratamento da Lipoatrofia Facial do Portador de HIV/AIDS e 1104 - Tratamento da Lipodistrofia do Portador de HIV/AIDS.
107/2016	Aprova ad referendum critérios para a distribuição dos veículos Fiat Doblo, doados pelo Ministério da Saúde, e relação de municípios a serem contemplados, a fim de apoiar os nas ações de prevenção e controle da dengue, chikungunya e zika vírus no Estado da Bahia.
108/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA AGOSTO/2016.
109/2016	Aprova ad referendum a habilitação de Unidade Especializada em Doença Renal Crônica com TRS/Diálise para Saúde Renal Serviços Médicos LTDA, do município de Teixeira de Freitas.
110/2016	Aprova ad referendum a Proposta de nº 113344160001/16002 e 113344160001/16003, Emenda Parlamentar nº 28790020/10301201585810029, para reforma da Unidade de Saúde da Família no município de Salinas da Margarida.
111/2016	Aprova ad referendum, a alteração do perfil assistencial da UPA de Roma, localizada no município de Salvador, que passa a atender as urgências Clínicas e Cirúrgicas do adulto e a implantação do Serviço de Atenção à Mulher em situação de Violência Sexual.
112/2016	Aprova ad referendum a Proposta de nº 911388/16-003, Emenda Parlamentar nº 12700005, para construção de Unidade Mista no município de Maragogipe.
113/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA SETEMBRO/2016.
114/2016	Aprova alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, no Município de Serra Dourada.

115/2016	Aprova a alteração de categoria profissional de NASF Tipo I, no Município de Inhambupe.
116/2016	Aprova o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no Município de Manoel Vitorino.
117/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Bom Jesus da Lapa e Ibirataia.
118/2016	Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF no Município de Ibirataia.
119/2016	Aprova a habilitação de Serviço de Radioterapia de complexo hospitalar em unidade do Município de Lauro de Freitas.
120/2016	Aprova a desabilitação de laboratórios Tipo I em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de Itabuna e Ibotirama.
121/2016	Aprova a solicitação ao Ministério da Saúde de desabilitação da Unidade de Suporte Avançado – USA do SAMU 192 de Chorochó/BA e aloca esse equipamento, como reserva técnica do SAMU 192 do município de Paulo Afonso, sede do SAMU Regional de Paulo Afonso.
122/2016	Aprova solicitação ao Ministério da Saúde de remanejamento do recurso de custeio da Unidade de Suporte Avançado – USA de Chorochó/BA para a USA de Remanso, que faz parte do SAMU Regional de Juazeiro.
123/2016	Aprova a solicitação ao Ministério da Saúde do remanejamento de 9.000 (nove mil) cadastros de novos doadores voluntários de medula óssea do estado de Pernambuco para estado da Bahia.
124/2016	Aprova parâmetros e critérios relativos à implantação de Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), no âmbito da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no Estado da Bahia.
125/2016	Aprova o cofinanciamento Estadual a Serviços de Atenção Especializada em Terapia Renal Substitutiva.
126/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA OUTUBRO/2016.
127/2016	Aprova a transferência do Município de Nova Itarana, da Região de Saúde de Santo Antônio de Jesus/Núcleo Regional de Saúde Leste, para a Região de Saúde de Jequié/ Núcleo Regional de Saúde Sul.
128/2016	Aprova o credenciamento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no Município de Feira de Santana.
129/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Anguera, Conceição do Jacuípe, Feira de Santana e Laje.
130/2016	Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Conceição do Jacuípe e Feira de Santana.
131/2016	Aprova o credenciamento de Agente Comunitário de Saúde – ACS nos Municípios de Amargosa e Santo Estevão.
132/2016	Aprova a habilitação de Laboratórios Tipo I em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no Município de Lauro de Freitas.
133/2016	Aprova a habilitação de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II para o Hospital Martagão Gesteira – Liga Álvaro Bahia Contra Mortalidade Infantil, no município de Salvador.
134/2016	Aprova a habilitação de 16 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto tipo II no Hospital Geral do Estado – HGE, no município de Salvador.
135/2016	Aprova a habilitação de 08 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II para o Hospital Geral do Estado – HGE, no município de Salvador.
136/2016	Aprova a renovação da habilitação da UNACON com hematologia e radioterapia, para o Hospital Dom Pedro de Alcântara, no município de Feira de Santana.
137/2016	Aprova o atendimento itinerante de Glaucoma apenas para Triagem de pacientes com suspeita do Glaucoma e dá outras disposições.
138/2016	Aprova a área de abrangência temporária para atendimento oncológico no Estado da Bahia, no âmbito do SUS, até estruturação das UNACON existentes e habilitação de novas UNACON, conforme Plano Estadual de Atenção ao Câncer do Estado da Bahia 2016-2023.
139/2016	Aprova a alteração da composição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia.
140/2016	Aprova a alteração de composição da Equipe de NASF Tipo II, no Município de Itaquara.

141/2016	Aprova a alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I, no Município de Teolândia.
142/2016	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Livramento de Nossa Senhora e Tremedal.
143/2016	Aprova o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Tabocas do Brejo Velho e Santo Estevão.
144/2016	Aprova a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia em unidade do Município de Conceição do Jacuípe.
145/2016	Aprova que seja reiterada a solicitação ao Ministério da Saúde constantes nas Resoluções da CIB para os credenciamentos de NASF, no período de 2014-2016, e define orientações sobre a situação de municípios que tiveram NASF aprovados mediante Portaria GM/MS nº 1171/2016.
146/2016	Aprova a pactuação do elenco de medicamentos para Infecções Oportunistas – IO - e Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST entre o Estado da Bahia e Municípios.
147/2016	Aprova ad referendum a Proposta de nº 915979/16-002, Emenda Parlamentar nº 17180010, para aquisição de equipamento/material permanente para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Félix.
148/2016	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA NOVEMBRO/2016.
149/2016	Aprova o credenciamento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no Município de Sobradinho.

ANEXO IV

Relação das Resoluções da CIB do Espírito Santo em 2016

Número	Matéria
001/2016	Instituir a composição da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SUS-ES / 2016.
002/2016	Instituir a nova composição da Comissão Intergetores Regional da Região Central – CIR Central 2016.
003/2016	Plano de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - Eixo Oncologia - Região Central.
004/2016	Proposta do Módulo I do Projeto para a Gestão das Filas de Espera para procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Região Central.
005/2016	Instrução Normativa (IN) SSAROAS/NEPSS no 01/2016 que trata do remanejamento dos fluxos assistenciais entre os municípios - Região Central.
006/2016	Revisão dos recursos financeiros inerentes ao Comando Único do município de Governador Lindenberg - Região Central.
007/2016	Planos de Contingência da Dengue de vários municípios da Região Central.
008/2016	Credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde, do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Saúde Auditiva e Otologia.
009/2016	Plano de Contingência da Dengue 2016, do município de Alegre – Região Sul.
010/2016	Projeto do Portal da Transparência para Gestão de Filas da Região Sul de Saúde.
011/2016	Credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde de 40(quarenta) leitos de UTI Adulto, tipo II, do Hospital Estadual de Urgência e Emergência.
012/2016	Ampliação do Serviço de Ressonância Magnética que será prestado no Hospital Evangélico de Vila Velha e que esses serviços serão disponibilizados ao Sistema Único de Saúde – SUS.
013/2016	Credenciamento/habilitação, junto ao Ministério da Saúde, do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, como unidade de Assistência Alta Complexidade em Oncologia – UNACON.
014/2016	Instrução Normativa (IN) SSAROAS/NEPSS no 01/2016 que trata do remanejamento dos fluxos assistenciais entre os municípios - Região Sul.
015/2016	Revisão dos valores, para o custeio de 03(três) hospitais: Hospital Estadual Dr. Benício Tavares Pereira (Vitória-ES), Hospital Estadual de Urgência e Emergência (Vitória-ES) e Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves (Serra-ES).
016/2016	Nova composição da CIR SUL 2016.
017/2016	Remanejamento de Teto do município de Laranja da Terra.
018/2016	Remanejamento de Teto do município de Rio Novo do Sul.
019/2016	indicação da técnica Sr.a Margareth Machado para a Câmara Técnica da CIB.
020/2016	Indicação de Daniela de Souza Casotti, como coordenadora do Curso de Atualização na Assistência Humanizada à Mulher no Pré-Natal e Puerpério da Região Central.
021/2016	Remanejamento de Teto do município de Laranja da Terra.
022/2016	Remanejamento de Teto do município de Baixo Guandú.
023/2016	Remanejamento de Teto do município de Ecoporanga.
024/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de Vila Valério.
025/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de Linhares.
026/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de São Domingos do Norte.
027/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de São Roque do Canaã..
028/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de Pancas.

029/2016	Plano de Vigilância Sanitária do município de Marilândia.
030/2016	Reiteração do pedido de retorno da Política Estadual de Cofinanciamento da Atenção Primária em Saúde (PECAPS).
031/2016	Institui o Laboratório Regional de Planejamento e RAS da Região Norte.
032/2016	Indica a Sra. Elaine Garcia representante da CIR Norte na Câmara Técnica da CIB.
033/2016	Instrução Normativa NEPSS da Região Norte.
034/2016	Projeto de Gestão de Fila da Região Norte.
035/2016	Indicação da Sra. Janaina Aparecida Guese como Coordenadora Regional do Curso de Atualização na Assistência Humanizada à Mulher no Pré-Natal e Puerpério a ser realizado na Região Norte.
036/2016	Institui o Gabinete Técnico Regional de monitoramento e avaliação de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> , da Região Norte.
037/2016	Indicação dos Srs. Robson Roque Coelho e Celso Ruela Albino para representantes da Região Norte no SISREG.
038/2016	Incentivo financeiro para execução dos objetivos da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.
039/2016	Distribuição da Pinicilina Benzatina no Estado do Espírito Santo.
040/2016	Credenciamento/habilitação da Fundação Social Rural de Colatina, de 08(oito) leitos de UTI adulto, tipo II.
041/2016	Monitoramento Inteligente do Aedes ou MI-Aedes e MI-Virus em parceria com os Municípios.
042/2016	Planos de Contingência da Dengue dos municípios de Itaguaçu, Viana e Vitória.
043/2016	Remanejamento de Teto do município de Baixo Guandu.
044/2016	Remanejamento de Teto do município de Baixo Guandu.
045/2016	Remanejamento de Teto do município de Águia Branca.
046/2016	Remanejamento de Teto do município de João Neiva.
047/2016	Remanejamento de Teto do município de Vargem Alta.
048/2016	Remanejamento de Teto do município de Águia Branca.
049/2016	Remanejamento de Teto do município de Muiniz Freire.
050/2016	Remanejamento de Teto do município de Guaçuí.
051/2016	Remanejamento de Teto do município de Jerônimo Monteiro.
052/2016	NASF de Boa Esperança - (republicação)
053/2016	Emenda Parlamentar para Hospital de Cariacica – CIR Metropolitana.
054/2016	Credenciamento da Transexualidade do HUCAM.
055/2016	Alterações do Regimento Interno da CIB.
056/2016	Plano de Dengue do município de Itarana - CIR Metropolitana.
057/2016	Instrução Normativa da PPI da CIR Metropolitana.
068/2016	Versão preliminar do Portal da Transparência da Região Metropolitana
059/2016	Nomear Coordenação da CIR Metropolitana.
060/2016	Credenciamento de ESF para o município Domingos Martins.
061/2016	Planos de VISA de vários municípios da Região Metropolitana.
062/2016	Composição CIR NORTE 2016.
063/2016	Planos de VISA dos municípios de Mucurici e Vila Pavão da CIR Norte.
064/2016	Termo de Compromisso da RAPS da Região SUL.
065/2016	Nomear representantes da CIR SUL na CIB.

066/2016	Planos de VISA de vários municípios da Região Sul.
067/2016	Critérios e Paramentros da PGASS da Região SUL.
068/2016	Nomear Coordenação da CIR SUL.
069/2016	Início da PGASS na Região Sul.
070/2016	Teto financeiro do Hospital São Jose.
071/2016	Termo de compromisso RAPS Central.
072/2016	Planos de VISA de vários municípios da Região Central.
073/2016	Remanejamento teto dos municípios de Alegre, Dorés do Rio Preto, Guaçuí, Iuna e Muniz Freire.
074/2016	Remanejamento teto do município de Alfredo Chaves.
075/2016	Remanejamento teto do município de Baixo Guandu.
076/2016	Remanejamento teto do município de Vila Valério.
077/2016	Planos de VISA de vários municípios da Região Sul.
078/2016	Remanejamento teto do município de Governador Lindenberg.
079/2016	Remanejamento teto do município de Alto Rio Novo.
080/2016	Comando Unico do município de Governador Lindenberg.
081/2016	Remanejamento PPI x SISREG da Região Norte
082/2016	Remanejamento teto da Região Norte.
083/2016	Plano de VISA do município de Sooretama - Região Central.
084/2016	Reprogramação da PPI da Região Norte.
085/2016	Planos VISA de vários municípios da Região Metropolitana.
086/2016	Credenciamento de ESB Marechal Floriano - Região Metropolitana.
087/2016	Credenciamento de um CEO para o município de Vitória – Região Metropolitana.
088/2016	Construção do Hospital Estadual Geral do município de Cariacica - Região Metropolitana.
089/2016	PAREPS - Região Metropolitana.
090/2016	PGASS - Região Central.
091/2016	Grupo Técnico do PGASS - Região Central.
092/2016	CCEE - Região Norte.
093/2016	Comitê monitoramento do CCEE - Região Norte.
094/2016	Realocação de serviços do Nucleo Regional de Especilidades de São Mateus – Região Norte.
095/2016	Cronograma de atividades no CONASS - Região Norte.
096/2016	Gestão do CCEE - Região Norte.
097/2016	Planos de VISA da Região Norte.
098/2016	Instituição do Núcleo de Planejamento da Região Sul.
099/2016	Programação Anual de Metas da DST AIDS 2016.
100/2016	Doação de veículos para os municípios.
101/2016	Desabilitação do Hospital Ferroviário.
102/2016	Referendar o Termo da Academia de Saúde do município de Marechal Floriano.
103/2016	Referendar o Termo da Academia de Saúde do município de Vargem Alta.
104/2016	Habilitação da APAE do município de Colatina.
105/2016	Programas de Residência Médica HINSG / Ortopedia Pediátrica e Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

106/2016	Pactuação da Aplicação dos Recursos do Incentivo Federal para as Ações de DST/AIDS e Hepatites Virais com os municípios.
107/2016	Definição das Tecnologias da Rede de Atenção à Mulher e a Criança e da Rede de Atenção as Doenças Crônicas que serão implantadas no Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS da Região Norte.
108/2016	Projeto de Tutoria para a Planificação da atenção Primária à Saúde (APS) com integração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) da Região de Saúde Norte.
109/2016	Plano de Ação com cronograma de Oficinas de trabalho, para dar continuidade a Planificação da Atenção Primária à Saúde com integração da Atenção Ambulatorial Especializada da Região Norte.
110/2016	Credenciamento da equipe de Dr.a Leila Correia Bragança para realizar transplante de córnea no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM.
111/2016	Autorização do Estabelecimento Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – HUCAM para realizar Transplante de Rim.
112/2016	Autorização da Equipe do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – HUCAM para realizar Transplante de Rim.
113/2016	Credenciamento da equipe de Dr. Marcos Rogério Arantes Andião para realizar transplante de córnea no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM.
114/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Nova Venécia – Cir Norte.
115/2016	Remanejamento teto financeiro dos municípios de Divino de S. Lourenço, Ibitirama e Irupi - Cir Sul
116/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Linhares – Cir Norte.
117/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Mucurici – Cir Norte.
118/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de São Domingos do Norte – Cir Central.
119/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Serra – Cir Metropolitana.
120/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Anchieta – Cir Sul.
121/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Apicá – Cir Sul.
122/2016	Remanejamento de PPI x SISREG de Vila Pavão da Região Norte.
123/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Mantenópolis – Cir Central.
124/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Venda Nova do Imigrante – Cir Metropolitana.
125/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Castelo – Cir Sul.
126/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Pancas – Cir Central.
127/2016	Remanejamento de teto financeiro do município de Rio Bananal – Cir Central.
128/2016	Homologar DCU do município de Iconha.
129/2016	Registro Software SIS-PPI – NEPPSS.
130/2016	Planos VISA dos municípios de Fundão, Venda Nova, Guarapari, M. Floriano, Vila Velha - Cir Metropolitana.
131/2016	Plano VISA dos municípios de Montanha e Nova Venécia - Cir Norte.
132/2016	Plano VISA dos municípios de Montanha e Nova Venécia - Cir Central.
133/2016	Plano VISA dos municípios de Montanha e Nova Venécia - Cir Sul.
134/2016	Credenciamento e implantação de 02 (duas) Equipes de Saúde da Família - ESF, na UBS de Bela Vista e UBS de Boa Mira, no município de Boa Esperança – CIR Norte.
135/2016	Credenciamento e implantação de 02 (duas) Equipes de Saúde Bucal - ESB, para a ESF de Bela Vista e UBS de Boa Mira no município de Boa Esperança – CIR Norte.
136/2016	Indicação dos hospitais que serão habilitados como referência para a coleta de vestígios e/ou interrupção de gravidez.
137/2016	Aprova a Comissão de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde da Região Sul.

138/2016	Alterações no Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional da Região Metropolitana de saúde do Espírito Santo.
139/2016	Nomear técnico Juliano A. F. Aguiar - Cir Sul.
140/2016	Nomear técnico Marcileia Iana Balista - Cir Metropolitana.
141/2016	Aprovar a Metodologia dos leitos de UTI Filantrópicos.
142/2016	Habilitação do serviço de Nefrologia do Instituto de Doenças Renais – IDR, Unidade de Vitória.
143/2016	Habilitação da Santa Casa de Vitória para transplante de córnea.
144/2016	Habilitação da Equipe de Bruno de Freitas Valbon para transplante de córnea.
145/2016	Determina a não utilização de Pulverização de Inseticida para controle de vetores.
146/2016	Nota Técnica do Termo de Compromisso Sanitário - CIR Norte.
147/2016	Aprova 2 ESB para as localidades de Rosário II e Sapucaia no município de Baixo Guandú - CIR Central.
148/2016	Aprova 2 ESF para as localidades de Rosário II e Sapucaia no de município Baixo Guandú - CIR Central.
149/2016	Grupo de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS da Região Central.
150/2016	Rede de Atenção Psicossocial de Linhares - CIR Central.
151/2016	Recurso Pareps da Região Central.
152/2016	Cursos de Gestão Clínica nas Regiões de Saúde - CIR Sul.
153/2016	Definição de preço de leito de UTI - CIR Sul.
154/2016	Metas Regionais da Região Sul - CIR Sul.
155/2016	Cancelamento do Contrato do Hospital do município de IUNA.
156/2016	Retomada das Reuniões do Comitê Estadual da Rede de Urgência e Emergência-CIR Metropolitana
157/2016	Metodologia utilizada para definição do valor da diária de leitos de UTI CIR Metropolitana.
158/2016	Prorrogação do contrato da ETSUS.
159/2016	Aprovar a metodologia da PGASS
160/2016	Ad referendum do Comando Único do município de Cariacica.
161/2016	AD REFERENDUM do Contrato do Hospital do município de IUNA.
162/2016	Emenda Parlamentar para o município de Guarapari.
163/2016	Conferencia da PPI base novembro 2016.
164/2016	Remanejamento teto do município do município de Rio Bananal - CIR Central.
165/2016	Remanejamento teto do município de Santa Teresa - CIR Metropolitana.
166/2016	Remanejamento teto do município de Viana - CIR Metropolitana.
167/2016	Remanejamento teto do município de Domingos Martins - CIR Metropolitana.
168/2016	Remanejamento teto do município de Governador Lindenberg- CIR CENTRAL.
169/2016	Remanejamento teto do município de Governador Lindenberg-2 - CIR CENTRAL.
170/2016	Remanejamento teto do município de Governador Lindenberg-3 - CIR CENTRAL.
171/2016	Remanejamento teto do município de Governador Lindenberg-4 - CIR METROPOLITANA.
172/2016	Remanejamento teto do município de venda Nova do Imigrante - CIR METROPOLITANA.
173/2016	Remanejamento teto do município de venda Nova do Imigrante- CIR SUL.
174/2016	Remanejamento teto do município de Santa Teresa - CIR METROPOLITANA.
175/2016	Remanejamento teto do município de Santa Teresa - CIR SUL.

176/2016	Remanejamento teto do município de Rio Bananal - CIR CENTRAL.
177/2016	Remanejamento teto do município de Rio Bananal - CIR SUL.
178/2016	Remanejamento teto do município de Mantenópolis - CIR SUL.
179/2016	Remanejamento teto do município de Mantenópolis - CIR CENTRAL.
180/2016	Remanejamento teto do município de Águia Branca - CIR CENTRAL.
181/2016	Remanejamento teto do município de Águia Branca - CIR NORTE
182/2016	Remanejamento teto do município de Pancas - CIR CENTRAL
183/2016	Remanejamento teto do município de Cachoeiro de Itapemirim. - CIR SUL
184/2016	Remanejamento hospitalar programado a partir de dezembro de 2016.
185/2016	Remanejamento hospitalar programado dos municípios de Águia Branca, Mantenópolis e Rio Bananal a partir de dezembro de 2016.
186/2016	Emenda Parlamentar para o município de Guarapari.
187/2016	Emenda Parlamentar para o município de Guarapari.
188/2016	PPI do município de Venda Nova Do Imigrante.
189/2016	PPI do município de VITORIA.
190/2016	PPI do município de Santa Leopoldina.
191/2016	PPI do município de Santa Maria De Jetibá.
192/2016	PPI do município de Vila Velha.
193/2016	PPI do município de Itarana.
194/2016	PPI do município de Guarapari.
195/2016	PPI do município de Marechal Floriano.
196/2016	PPI do município de Cariacica.
197/2016	PPI do município de Laranja da Terra.
198/2016	PPI do município de Afonso Cláudio.
199/2016	PPI do município de Rio Bananal.
200/2016	PPI do município de Alfredo Chaves.
201/2016	PPI do município de Brejetuba.
202/2016	PPI do município de Conceição do Castelo.
203/2016	PPI do município de Itaguaçu.
204/2016	PPI do município de Cariacica.
205/2016	PDVISA do município de Brejetuba.
206/2016	Termo De Compromisso RAPS – CIR Metropolitana.
207/2016	Plano Dengue Venda Nova do Imigrante
208/2016	Plano Dengue do município de Santa Teresa.
209/2016	Plano Dengue Itarana.
210/2016	Calendário de Reuniões 2017 - CIR Metropolitana.
211/2016	PPI do município de Marilândia.
212/2016	Comissão de Trabalho do Centro de Atenção Integral à Saúde da Região Sul - CUIDAR SUL.
213/2016	Grupo Condutor da Região Sul da Rede Materno Infantil.
214/2016	Câmara Técnica de Planejamento e Gestão da Região SUL.
215/2016	Grupo Condutor da PGASS da Região SUL.

216/2016	PPI do município de Alfredo Chaves - CIR SUL.
217/2016	Vinculação das Gestantes da Região Sul da Rede Materno Infantil.
218/2016	Relatório de Dados de Mortalidade Materno e Infantil e Fetal da Região Sul.
219/2016	Consolidado do estudo de Absenteísmo da Região Sul.
220/2016	Composição do Comitê de Monitoramento da Unidade CUIDAR - Região Norte.
221/2016	Recurso da RUE para o Hospital Estadual de Barra de São Francisco - Região Norte.
222/2016	Planos de VISA dos municípios de São Mateus Pedro Canário Ecoporanga Boa Esperança – Região Norte.
223/2016	Denominação da “Unidade CUIDAR Norte” - para o Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS – Região Norte.
224/2016	Recurso do PARES da Região Norte.
225/2016	Revisão das planilhas de remanejamento de itens programados PPI da Unidade CUIDAR - Região Norte.
226/2016	PPI da Unidade CUIDAR - Região Norte
227/2016	Horário Protegido para os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde para desempenho das atividades de Planificação da Atenção à Saúde - APS - Região Norte.
228/2016	Remanejamento de teto do município de Rio Bananal - CIR CENTRAL.
229/2016	Remanejamento de teto do município de Marilândia - CIR CENTRAL.
230/2016	Plano Dengue dos municípios de Baixo Guandu, Governador Lindenberg, João Neiva, Linhares, Marilândia, Rio Bananal, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã e Sooretama - CIR CENTRAL.
231/2016	Metodologia utilizada para definição do valor da diária de leitos de UTI CIR CENTRAL.
232/2016	Plano Dengue dos municípios de Baixo Guandu, Governador Lindenberg, João Neiva, Linhares, Marilândia, Rio Bananal, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã e Sooretama - CIR CENTRAL.
233/2016	Desistência da UPA de Aracruz.
234/2016	Implantação de 10 leitos RAPS na Santa Casa de Misericórdia de Colatina – Região Central.
235/2016	Aprova o SISPACTO dos municípios da Região Central.
236/2016	Aprovar o Rol de Indicadores do SISPACTO / 2016 do Estado do Espírito Santo.
237/2016	Aprova Estágio para Residência de Clínica Médica e de Pediatria da Unimed Vitória nos hospitais HEJSN e HEIMABA
238/2016	PCEP do município de Barra de São Francisco.
239/2016	Remanejamento de teto hospitalar do município de Marilândia.
240/2016	Inserção do Hospital Materno Infantil Francisco de Assis na Rede de Atenção Materno Infantil da Região da Saúde Sul.
241/2016	Planos de Contingência da Dengue, Zika e Chikungunya de 2017, dos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Marataízes, Muniz Freire, Presidente Kennedy, São José do Calçado e Piúma - Região Sul.
242/2016	Planos de Contingência da Dengue, Zika e Chikungunya de 2017, do município de Iúna – Região Sul.
243/2016	Aprova o Calendário Anual da CIR SUL e da Câmara Técnica para o ano de 2017.
244/2016	Ajuste na Base da PPI de dezembro.
245/2016	DCU do município de Governador Lindenberg.

ANEXO V

Relação das Resoluções da CIB do Mato Grosso do Sul em 2016

Número	Matéria
001/2016	Fica homologado Ad Referendum o repasse do recurso financeiro referente a competência 2015, do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) aos municípios, conforme número de internos em cada Unidade Prisional (Fonte de dados: SEJUSP/MS e GEOPRESÍDIO), considerando R\$ 17,73 (dezesete reais e setenta e três centavos) por custodiado, por município/ano
002/2016	Fica homologado a habilitação do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, Laqueadura e Vasectomia do Hospital Regional de Cirurgias da Grande Dourados, CNES 7868863, município de Dourados/MS
003/2016	Aprova o Termo de Compromisso para a implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde do Programa Academia da Saúde no âmbito de Mato Grosso do Sul, nos termos da Portaria GM/MS no 183, de 30 de janeiro de 2014.
004/2016	Fica aprovada a proposta de gestão dupla: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande e Secretaria de Estado de Saúde/MS do Hospital Adventista do Pênfigo/Instituição Adventista Central Brasileira de Educação e Assistência Social - CNES 2646773.
005/2016	Fica aprovado o Programa de Residência Médica em Oftalmologia e Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade – como apoio estadual à formação de especialistas para o SUS em Mato Grosso do Sul.
006/2016	Fica homologado a habilitação do Serviço de Diálise - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise e Diálise Peritoneal no município de Coxim/MS, como ponto de atenção da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC)
007/2016	Fica aprovada <i>Ad Referendum</i> o credenciamento e implantação de 1 Unidade Odontológica Móvel, que será vinculada à Equipe de Saúde da Família/ESF com Equipe de Saúde Bucal/ESB modalidade I “Nair Maria Bressan”, e à ESF com ESB modalidade I “Aureliano Dure” no município de Tacuru/MS.
008/2016	Aprovar Ad referendum a alteração de modalidade no Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, CNES 0009709, de “ampliação” para “criação”, visto que este justifica que o equipamento de radioterapia ora existente será desativado por obsolescência tecnológica e ainda informa que possui todas as condições objetivas à modalidade criação de serviço sem Braquiterapia.
009/2016	Aprovar Ad Referendum o pleito junto ao Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde de cadastramento para a seguinte proposta: Emenda Parlamentar/Atenção Especializada
010/2016	Fica homologado a adequação da Programação Pactuada e Integrada da Assistência /PPI da Assistência que resultaram em aumento ou diminuição dos tetos dos municípios
011/2016	Aprovar a transferência do equipamento Acelerador Linear disponibilizado pelo Ministério da Saúde a ser instalado no Hospital do Câncer Dr. Alfredo Abrão – Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul, CNES 0009776, em substituição ao equipamento atual que está obsoleto sem condições de manutenção
012/2016	Fica homologada a alteração da tipologia da Porta de Entrada Hospitalar do Hospital Regional de Nova Andradina, SCNES 2371243, de Porta de Entrada Hospitalar Geral para Porta de Entrada Especializada Tipo I.
013/2016	Aprovar Ad referendum o remanejamento de Teto FAEC e MAC correspondente à Terapia Renal Substitutiva (TRS) do Município de Campo Grande para Coxim, conforme as metas físicas e financeiras discriminadas nas tabelas abaixo, visto que serão transferidos 43 (quarenta e três) pacientes assistidos pelo Serviço de Campo Grande para o de Coxim.
014/2016	Aprovar os critérios para a dispensação de Penicilina Benzatina 1.200.000 UI Injetável para Sífilis em gestante no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme anexo.

015/2016	Fica aprovada a proposta do Plano Estadual de Regulação para a gestão do Complexo Regulador Estadual de Mato Grosso do Sul.
016/2016	Aprovar Ad Referendum a solicitação do município de Campo Grande, quanto à habilitação do CER/APAE II ora habilitado para CER tipo II nas modalidades de Física e Intelectual, conforme Portaria n. 1357 de 2 de dezembro de 2013 para a habilitação em CER IV nas modalidades Física, Auditiva, Visual e Intelectual.
017/2016	Aprova os critérios do repasse do Incentivo Financeiro Estadual, nos termos da Lei Estadual no 4.841 de 14/04/2016, aos Agentes de Saúde (Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate de Endemias, Agentes de Saúde Indígena, Agentes de Saúde Pública, Agentes de Vigilância Epidemiológica e aos Guardas de Endemias), no âmbito do Estado do Mato Grosso do Sul
018/2016	Fica aprovado o Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém Nascido em Mato Grosso do Sul, conforme anexo.
019/2016	
020/2016	Fica aprovada a implantação de Equipe de Saúde da Família/modalidade II, sem Saúde Bucal do município de Bodoquena/MS.
021/2016	Fica aprovada a visita técnica das equipes de campo do Programa Telessaúde Brasil nos municípios do Mato Grosso do Sul para o desenvolvimento do plano de trabalho das equipes.
022/2016	Fica aprovada a solicitação do município de Nova Andradina quanto à habilitação da Fundação Pio XII, CNES 7974434, como Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama – SDM porte I.
023/2016	Fica aprovada a solicitação do município de Nova Andradina quanto à habilitação da Fundação Pio XII, CNES 7974434, como Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero - SRC porte II.
024/2016	Designar para compor Comissão Estadual de Farmacoterapia - COMESA, os membros constantes em anexo
025/2016	Fica homologada a habilitação do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, Laqueadura e Vasectomia do Hospital Rachid Saldanha Derzi, CNES 2361027, município de Sonora/MS.
026/2016	Fica aprovada a atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha de Mato Grosso do Sul, conforme Anexo I desta Resolução.
027/2016	Fica homologada do desligamento do município de Corumbá à desabilitação do Termo de Adesão para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP conforme descrito no Plano Estadual de MS e publicado no DOE/MS de nº 8.814 de 05, de dezembro de 2014.
028/2016	Fica homologada do desligamento do município de Inocência à desabilitação do Termo de Adesão para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP conforme descrito no Plano Estadual de MS e publicado no DOE/MS de nº 8.814 de 05, de dezembro de 2014.
029/2016	Fica aprovada: Implantação de 01 Equipe de Estratégia de Saúde da Família com saúde bucal na modalidade I no município Bataguassu/MS; Implantação de 01 Equipe de Saúde da Família com saúde bucal modalidade I no município de Bonito/MS; Mudança de modalidade ESB modalidade II para modalidade I no município de Bataguassu/MS.
030/2016	Fica aprovada: Implantação de 01 Equipe de NASF III no município de Jatéi/MS; Mudança da modalidade de NASF II para NASF I no município de Anastácio/MS.
031/2016	Fica aprovada a implantação de 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal, modalidade I, no município de Chapadão do Sul/MS.
032/2016	Fica homologada a transferência de recursos do teto MAC do Estado de Mato Grosso do Sul no valor de R\$ 22.000,00 (vinte e dois mil Reais), sendo R\$ 11.000,00 (onze mil Reais) para o teto de Campo Grande e R\$ 11.000,00 (onze mil Reais) para o teto de Dourados, tendo em vista a Estratégia de Ação Rápida de Atenção às Crianças com Microcefalia estabelecida pelas Portarias Interministeriais/MS–MDS no 405 de 15 de março de 2016 e 1.115 de 3 de junho de 2016.
033/2016	Fica pactuada a solicitação de retenção dos recursos financeiros referente ao repasse do incentivo estadual aos agentes de saúde, conforme Lei Estadual nº 4.841, de 14 de abril de 2016 e a resolução nº 017/CIB/SES/MS de 30 de junho de 2016, devido às imposições da Lei n. 9504, artigo 73 alínea a, que proíbe "realizar transferência voluntária de recursos da União aos Estados e Municípios, recursos destinados a cumprir obrigação formal preexistente para execução de obra

	ou serião em andamento e com cronograma prefixado, e os destinados a atender situações de emergência e de calamidade pública".
034/2016	Fica homologada a habilitação do Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, Laqueadura e Vasectomia do Hospital Municipal Oscar Ramirees Pereira, CNES 2710447, município de Porto Murtinho/MS.
035/2016	Aprovar Ad Referendum o pleito junto ao Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde de cadastramento para a seguinte proposta: Emenda Parlamentar/Atenção Especializada
036/2016	Aprovar Ad Referendum a distribuição e utilização dos 04 (quatro) veículos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, conforme anexo, tendo em vista que esses só deverão ser utilizados especificamente no combate ao <i>Aedes aegypti</i> e <i>Albopictus</i> , conforme Ofício-Circular no 68/2016/GAB/SVS/MS, de 24 de junho de 2016
037/2016	Aprovar Ad Referendum a contratualização/recontratualização dos municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ, conforme Portaria nº 1.658, de 12 de setembro de 2016
038/2016	Aprovar <i>ad referendum</i> o encaminhamento da solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS ao Ministério da Saúde, para análise da possibilidade de recomposição do teto financeiro da média e alta complexidade, no valor de R\$ 67.840.000,00.
039/2016	Ficam aprovados os Cursos de especialização do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) para o SUS em Mato Grosso do Sul:
040/2016	Fica aprovado o Plano Estadual da Regulação 2016/2020 do Mato Grosso do Sul
041/2016	Fica homologada a transferência da Organização de Procura de Órgãos e Tecidos de Mato Grosso do Sul instalada atualmente no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul para a Associação Beneficente de Campo Grande, CNES 009717.
042/2016	
043/2016	
044/2016	Aprovar Ad Referendum o pleito da Associação Beneficente de Campo Grande-Santa Casa junto ao Ministério da Saúde, de repasse à Secretaria de Estado de Saúde de recursos para custeio deste Hospital.
045/2016	Fica homologado a habilitação de dois novos Serviços de Diálise em Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise com Hemodiálise e Diálise Peritoneal e com cuidado ambulatorial pré-dialítico (estágios 4 e 5 pré-diálise), tipo IV - códigos 15.13 e 15.14, para Clínica CENED - Centro de Nefrologia de Dourados LTDA-ME, CNES 7877854 e UCM - Unidade Crítica Médica Eireli, CNES 7035969.
046/2016	Fica aprovada a adesão do município de Três Lagoas/MS à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP.
047/2016	Fica aprovada a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Campo Grande, conforme anexos
048/2016	Fica aprovada a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Corumbá, conforme anexos
049/2016	Fica aprovada a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Dourados, conforme anexos.
050/2016	Fica aprovada a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Três Lagoas, conforme anexos
051/2016	Aprovar Ad Referendum o pleito junto ao Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde de cadastramento para a seguinte proposta: Emenda Parlamentar/Atenção Especializada.

ANEXO VI

Relação das Resoluções da CIB de Santa Catarina em 2016

Número	Matéria
001/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 11 de novembro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua João Hamm, s/n, Bairro Nova Esperança, Município de DONA EMMA, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 10416064000113002.
002/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a Solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos, no valor de R\$ 10.040,00 (dez mil e quarenta reais), para a Rede Municipal de Saúde, Município de PRINCESA. Recurso Emenda Parlamentar.
003/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 25 de janeiro de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde Sede de Jardinópolis, localizada na Avenida Santo Antonio s/n, Centro, Município de JARDINÓPOLIS. Portaria Ministério da Saúde 2.394/2011.
004/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 18 de dezembro de 2015, referente à edificação da Unidade de Saúde do Jaqueline, construída na Rua José Studzinski, Bairro Jaqueline, Município de IÇARA, Portaria Ministério da Saúde 2.226 de 18 de setembro de 2009 e 3.854 de 08 de dezembro de 2010.
005/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 20 de janeiro de 2016, referente à construção do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD III, localizado no Lote 18, Quadra 4402, Loteamento Mirante do Sol II, nº 0, Bairro Presidente Médici, Município de CHAPECÓ. Proposta cadastrada no Ministério da Saúde nº 80636475000113015.
006/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra, de 21 de dezembro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Borges de Medeiros, 0, Centro, Município de BELMONTE. Proposta 11423342000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
007/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra, de 17 de dezembro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Pedro Antonio Casagrande, 0, Município de BRUSQUE, Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11962.5840001/13-001
008/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra, de 18 de novembro de 2015, referente à construção da Unidade de Saúde, localizada na Rua Projetada s/n, Bairro São Martinho, Município de TUBARÃO, Portaria Ministério da Saúde 2.226 de 18 de setembro de 2009 e 3.854 de 08 de dezembro de 2010. Proposta 82928656000112004.
009/2016	ORDENS DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço 19/2015, de 15 de dezembro de 2015, referente à ampliação do Centro Municipal do Niterói Roland Bahr, nº 57, Niterói, Município de PRESIDENTE GETÚLIO, Programa Requalifica UBS. Recurso Federal. A Ordem de Serviço 20/2015, de 15 de dezembro de 2015, referente à ampliação do Centro Municipal de Saúde do Mirador, Estrada Geral, s/n, Distrito de Mirador, Município de PRESIDENTE GETÚLIO, Programa Requalifica UBS. Recurso Federal. A Ordem de Serviço 21/2015, de 15 de dezembro de 2015, referente à ampliação do Centro Municipal de Saúde do Pinheiro, localizado na Rua Rudolfo Haertel, s/n, Pinheiro, Município de PRESIDENTE GETÚLIO, Programa Requalifica UBS. Recurso Federal. A Ordem de Serviço 22/2015, de 15 de dezembro de 2015, referente à ampliação do Centro Municipal de Saúde do Centro, Travessa Luiz Rigo, s/n, Centro, Município de PRESIDENTE GETÚLIO, Programa Requalifica UBS. Recurso Federal.
010/2016	ORDENS DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 21 de janeiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Sandra Regina, localizada na Rua Papa João Paulo, 0, Bairro Ubatuba, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL, Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Proposta 03264792000113001. A Ordem de Serviço de 21 de janeiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Vila da Glória, localizada na Rua Lindoufo de Freitas Ledoux, 0, Distrito do SAI, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL, Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Proposta 03264792000113002. A Ordem de Serviço de

	21 de janeiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Acarai, localizada na Rua Dom Fernando Trejo Y Sanabria, 0, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL, Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Proposta 03264792000113003.
011/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de obra de 07 de maio de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Unidade Sanitária Gilberto Luiz Dallegrave, localizada na Rua Senador Nereu Ramos esquina com a Rua Frei Bonifácio, Centro – Município de PERITIBA. Recurso Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Retificada pela Deliberação 73/CIB/2016.
012/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 18 de dezembro de 2015, referente à construção da UBS Vila Rica, localizada na Rua Luiz Decol, Centro, Município de SIDERÓPOLIS, proposta 11270545000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
013/2016	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO – JUSTIFICATIVA DE TROCA. Ratifica a solicitação de troca de equipamentos referente à Emenda Parlamentar (Deputado João Pizzolatti), proposta 08858200000/1140-05 – aquisição de equipamentos e material permanente, para o Hospital Nossa Senhora Imaculada Conceição de Nova Trento. Alguns equipamentos que constam da proposta já foram adquiridos pelo Quali-SUS Rede, justifica o Secretário Municipal de Saúde de Nova Trento.
014/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 27 de janeiro de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Luiz Souza Correa, s/n, Bairro Martello, Município de CAÇADOR. Portaria Ministério da Saúde 3.164 de 27 de dezembro de 2011.
015/2016	PLANO ESTADUAL DA ONCOLOGIA – Atualização. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. Componente Radioterapia; Quimioterapia; Cirurgia Oncológica, Exames e habilitação de Prestadores de Serviço. PLANO EM ANEXO. REVOGADA A DELIBERAÇÃO 015/2016, PELA DELIBERAÇÃO 233/CIB/2016
016/2016	PPI. Aprova alterações e remanejamentos da PPI, competência março de 2016.
017/2016	NEUROENDOVASCULAR DE LAGES. Aprova o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso em Assistência de Alta Complexidade em Neuroendovascular, do Município de LAGES.
018/2016	EFOS. Aprova alterações de cursos da Escola de Formação em Saúde – EFOS>
019/2016	SAMU – USB – AMBULANCHA. Uma Unidade de Suporte Básico – SAMU, modalidade AMBULANCHA, para o Município de São Francisco do Sul.
020/2016	SIM E SINASC – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO. Aprova a alteração na periodicidade do envio de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) pelos municípios de acordo com extrato populacional, que deverá obedecer a seguinte rotina: Os municípios com população abaixo de 30 mil habitantes deverão realizar transferências quinzenais, e os acima de 30 mil habitantes deverão realizar transferências semanais. Na situação de não ocorrência de eventos (óbitos e/ou nascidos vivos) no período de 30 dias a contar do 1º dia do mês subjacente, os municípios enviarão obrigatoriamente o arquivo de transferência de Notificação Negativa, mantendo assim a regularidade das transferências. Os municípios deverão cumprir esse cronograma a partir do dia 01 de março de 2016.
021/2016	LEITOS DE RETAGUARDA DA MACRORREGIÃO DO MEIO OESTE. Aprova 00 remanejamento de leitos de retaguarda para o Hospital Salvatoriano Divino Salvador de Videira.
022/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 04 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde da Família Jardim Elizabete, localizada entre as Rua Djalma Escaravaco e a Rua 30 de dezembro, esquina atrás do CASMI, s/n, Bairro Jardim Elizabete, Município de IÇARA, Portaria Ministério da Saúde 340/2013 e 1.903/2013.
023/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 04 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde da Família Jardim Elizabete 2, localizada entre as Rua Djalma Escaravaco e a Rua 30 de dezembro, ao lado do CASMI, s/n, Bairro Jardim Elizabete, Município de IÇARA, Portaria Ministério da Saúde 340/2013 e 1.903/2013.
024/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 26 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada no Bairro Alto da Tijuca, 0, Município de CANOINHAS, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. O Certificado de Conclusão de Obra de 26 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Tecla Weinfurt, Loteamento Dona Filomena, 0,

	Proximidades da COHAB II, Bairro Água Verde, Município de CANOINHAS, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
025/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 04 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Poço Grande, Porte I, localizada na Rua Renato Manoel Peixoto, s/n, Município de GASPARGAR, Portaria Ministério da Saúde 340/2013.
026/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Recebimento Definitivo de Obra de 15 de dezembro de 2015, referente à implantação da Academia da Saúde, modalidade básica, localizada na Rua Alberto Santos, Praça Harmonia, Bairro Harmonia, Município de PRAIA GRANDE, Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011.
027/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 26 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Avenida Nereu Ramos, s/n, Bairro Centro, Município de URUSSANGA, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
028/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 11 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde de Dalbergia, localizada na Avenida Missler, 1905, Distrito de Dalbergia, Município de IBIRAMA, Proposta 11420709000113003, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
029/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 07 de março de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde do Bezenello, proposta 08858200000113001, localizada na Rua Ida Orsi Feller, 0, Centro, Município de NOVA TRENTO, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
030/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 25 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde, localizada na Estrada Geral, s/n, Localidade de Caminho Pinhal, Município de DONA EMMA, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
031/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 29 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Jacinto Raimundo, Centro, município de MONTE CASTELO. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
032/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 29 de fevereiro de 2016, referente á construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Manoel Lourenço de Araújo, Centro, Município de MATOS COSTA, Proposta 83102566000213001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
033/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 22 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Dra. Zilda Arns Neumann, 0, de frente a Praça Serafim Paese, Balneário Paese, Município de ITAPOÁ, Proposta 11485410000196. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
034/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 23 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Bairro Horizonte, Município de COCAL DO SUL, proposta 10423151000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
035/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 05 de novembro de 2015, referente à construção da UBS, localizada na Estrada Geral Subida, 0, Bairro Subida, Município de APIÚNA, proposta 11195905000113002. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
036/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 05 de novembro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Major José Serafim Antunes, Município de PAINEL, proposta 14251688000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
037/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Recebimento Definitivo de Obra de 04 de fevereiro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Rosa Heberle, Bairro Vila Remor, Município de JOAÇABA, proposta 10594533000113002. Recurso Portaria Ministério da Saúde 2.2226/2009.
038/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 12 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Central, localizada na Rua José Anastácio Machado, s/n, Centro, Município de SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ, proposta 1042258700011300. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.

039/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para o financiamento de unidades básicas de saúde, previsto na Portaria Ministério da Saúde 2.226 de 18 de setembro de 2009, para o Município de CRICIÚMA. A solicitação de recurso federal, para aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, para o Município de CRICIÚMA.
040/2016	CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 24 de fevereiro de 2015, referente à construção da Unidade de Saúde, localizada na Rua Amazonas, Bairro Cruzeiro, Município de RIOS DOS CEDROS, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
041/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 15 de dezembro de 2015, referente à ampliação da Unidade de Saúde Central, Município de DOUTOR PEDRINHO, Portaria Ministério da Saúde 2.394/2011.
042/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 26 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade de Atenção Básica de Saúde, proposta 06089125000113002, localizada na Localidade de Serrinha dos Gonçalves, Município de IRINEÓPOLIS. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
043/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 08 de março de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde, localizada na Rua Manoel Emerick, s/n, Loteamento Soratto Oficinas Tubarão, Município de TUBARÃO. Proposta 82928656000112002. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
044/2016	RECURSOS DA DENGUE. Aprova o repasse de uma segunda parcela de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde dos 57 municípios elencados para auxiliar na intensificação das ações de vigilância em prevenção à dengue com a finalidade de minimizar o risco de transmissão de dengue em território catarinense, que cumpriram os requisitos da deliberação 176-CIB de 20/08/2015.
045/2016	CAMPANHA CONTRA A INFLUENZA. Aprova a antecipação do início da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza em Santa Catarina para o dia 25 de abril de 2016.
046/2016	CAMPANHA ESTADUAL DE CIRURGIAS ELETIVAS. A realização da Campanha Estadual de Cirurgias Eletivas , a desenvolver-se no Estado de Santa Catarina com recursos próprios do Estado de Santa Catarina.
047/2016	DIRETRIZES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL. Aprova as Diretrizes para operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. As diretrizes deverão ser utilizadas por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais implantadas no Estado de Santa Catarina a partir da data de publicação desta Deliberação.
048/2016	CENTRALIZADOR DO E-SUS. Aprova a instituição de ambiente, com a instalação de centralizador, e disponibilizar o endereço eletrônico aos municípios de seu território, para que os dados municipais da estratégia e-SUS AB sejam enviados automaticamente, também para o ambiente estadual.
049/2016	PGASS: GRUPOS CONDUTORES. Aprova a instituição de Grupos Condutores no âmbito das Regiões de Saúde de Santa Catarina, com o intuito de construir a Planejamento Regional Integrado no território da Região de Saúde. RETIFICADA EM 23 DE FEVEREIRO DE 2017.
050/2016	ONCOLOGIA DE CONCÓRDIA. Aprova a intenção do Estado de Santa Catarina de contar com uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no território do Município de Concórdia, Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense. REVOGADA PELA DELIBERAÇÃO 233/CIB/2016.
051/2016	ADITIVO DA RUE DA MACRORREGIÃO SUL – REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Aprova o Termo Aditivo da RUE, da Macrorregião Sul (Região Carbonífera, Região de Laguna e Região do Extremo Sul), sem gerar impacto financeiro junto ao Ministério da Saúde.
052/2016	DISTRIBUIÇÃO DE PENICILINA BENZATINA. Aprova a distribuição do quantitativo de penicilina benzatina 1.200.000 UI recebido do Ministério da Saúde (MS) para os municípios do estado de Santa Catarina, conforme critério aprovado na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica.
053/2016	PROTOCOLO CLÍNICO SUGESTIVO PARA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENÍGNA. Aprova o Protocolo Clínico sugestivo para uso dos medicamentos doxazosina e finasterida na Hiperplasia Prostática Benigna. PROTOCOLO EM ANEXO À DELIBERAÇÃO.

054/2016	NAISP. Aprova o repasse financeiro ao município de São José do Cedro referente ao ano de 2014 conforme os dados: 49 alocados com o recurso financeiro correspondente à R\$ 868,77 e municípios que aderiram ao PNAISP. ANEXOS NA DELIBERAÇÃO.
055/2016	SAMU. Aprova a desabilitação da USB/SAMU de Palmitos, Itaiópolis e Saudades; o Recolhimento de Veículos pela Secretaria de Estado da Saúde e a Devolução pelos referidos municípios para o Fundo Nacional de Saúde dos recursos recebidos a título de custeio a partir da interrupção das atividades do serviço.
056/2016	PPI. Aprova transferência de gestão de Benedito Novo, São João do Sul, Descanso, Praia Grande, Braço do Norte, Balneário Barra do Sul, Bela Vista do Toldo. Aprova a revisão de transferência de gestão de Garopaba; remanejamentos, ajustes e alterações de fluxos.
057/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL SANTO ANTONIO EM CENTRO DE TRAUMA I. Aprova o cadastramento/habilitação do Hospital Santo Antonio de Blumenau, integrante da linha de cuidados ao trauma da Rede de Atenção as Urgência e Emergências como Centro de Trauma tipo II
068/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL MARIETA KONDER BORNHAUSEN EM UTI TIPO II. Aprova o Cadastramento/habilitação de 05 leitos de UTI adulto tipo II para o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen , localizado no Município de Itajaí/SC.
059/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL MARIETA KONDER BORNHAUSEN EM CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS E UTI NEONATAL. Aprova o Cadastramento/habilitação de 08 leitos de UTI Neonatal tipo II, 08 leitos da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo e 04 leitos da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru – UCINCa para o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen , localizado no município de Itajaí/SC.
060/2016	DESABILITAÇÃO. Aprova a desabilitação código 3202 – Laboratório de Exame Citopatológicos do Colo de Útero – tipo I do CNES do referido Prestador – Neo Diagnóstico Ltda. – Concórdia CNES 2688735 .
061/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL SANTA ISABEL EM CENTRO DE TRAUMA TIPO II. Aprova o credenciamento/habilitação como Centro de Trauma tipo II estabelecimento de saúde integrante da linha de cuidados ao trauma da Rede de Atenção as Urgência e Emergências para o Hospital Santa Isabel , localizado no Município de Blumenau.
062/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL MARIETA KONDER BORNHAUSEN EM GESTANTE DE ALTO RISCO. Aprova o credenciamento/habilitação como Referência em Alta Complexidade Hospitalar em Gestante de Alto Risco Tipo II, 09 leitos para o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen , localizado no Município de Itajaí.
063/2016	HABILITAÇÃO DO HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUÁ PARA UTI NEONATAL E CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS. Aprova o Cadastramento/habilitação de 06 leitos de UTI Neonatal tipo II, 06 leitos da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo e 03 leitos da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru – UCINCa para o Hospital e Maternidade Jaraguá , localizado no município de Jaraguá do Sul/SC.
064/2016	CAPS II DE SÃO JOSÉ. Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS tipo II do Município de São José.
065/2016	CAPS AD II DE SÃO JOSÉ. Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II (álcool e drogas) do Município de São José.
066/2016	CAPS AD II DE SÃO JOSÉ. Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II (álcool e drogas) do Município de São José.
067/2016	CAPS AD III DE BLUMENAU. Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD III (álcool e drogas) do Município de BLUMENAU.
068/2016	PLANO DA VISA DOS MUNICÍPIOS. Aprova os Planos da Visa dos Municípios de Santa Catarina, março de 2016.
069/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para Unidade Básica de Saúde Central, Município de CERRO NEGRO, recurso de Emenda Parlamentar. Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009.
070/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 10 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Sanitária Madre Paulina, localizada na Rua Nereu Ramos, 164, Centro, Município de NOVA TRENTO. Proposta 08858200000113004. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
071/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 23 de março de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Ângelo Barbosa, localizada

	na Avenida Ouro Negro, antiga Rua Principal, 0, Bairro Povoado de Santana, Município de URUSSANGA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
072/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de obra de 23 de março de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Prefeito Vergílio Scheller, s/n, Município de ITUPORANGA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
073/2016	ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO. Aprova a alteração do endereço citado na Deliberação CIB/11/2016, sendo correto afirmar que o endereço da localização da construção da Unidade Básica de Saúde é: Rua Frei Bonifácio , Centro, Município de PERITIBA. Proposta 11391.279000/1160-01. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
074/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para a Rede de Atenção Básica e Especializada do Município de LAGES. Recurso de Emenda Parlamentar. Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009.
075/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para a Rede de Atenção Especializada do Município de ITAJAI. Recurso de Emenda Parlamentar (Deputada Federal Carmen Zanotto). Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009.
076/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para a Unidade Básica de Saúde, Município de SÃO JOÃO DO SUL. Recurso de Emenda Parlamentar (Deputado Federal Edinho Bez). Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009.
077/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição para o financiamento de unidades básicas de saúde, Município de CRICIUMA. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Termo de Compromisso em anexo. a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica, Município de CRICIUMA. Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009. Termo de Compromisso em anexo. A solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, Município de CRICIUMA. Portaria Ministério da Saúde 2.198/2009. Termo de Compromisso em anexo.
078/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a A Ordem de Serviço de 29 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Valter Oliveira, porte I, localizada na Rua Farroupilha, s/n, Zona Oeste, Município de BALNEÁRIO ARROIO DO SILVA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
079/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 17 de dezembro de 2015, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, Proposta 119625840001/13-001, localizada na Rua Pedro Antonio Casagrande, Município de PONTE ALTA DO NORTE. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
080/2016	FINANCIAMENTO FEDERL. Aprova a solicitação de recurso federal para a construção de Unidade Especializada em Saúde, Bairro Operária Nova, Município de CRICIÚMA. Proposta de convênio 908435/16-002. Emenda Parlamentar.
081/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 30 de março de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Cecília Maria Vieira Batista, Bairro Cristo Redentor, Município de CRICIÚMA, Portaria Ministério da Saúde 1.831 de 11 de novembro de 2015.
082/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 02 de março de 2016, referente à construção de Unidade Básica de Saúde, Rua Morro Strassmann, s/n, Bairro Testo Rega, Município de POMERODE, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11436910000114003.
083/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 05 de abril de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Adélia do Amaral e Souza, s/n, Centro, Município de BOM JARDIM DA SERRA, Proposta 828447500001/09001. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009.
084/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 08 de abril de 2016, referente à ampliação da Unidade Sanitária, localizada na Rua Mamante Danielli, 122, Centro, Município de VARGEÃO, Portaria Ministério da Saúde 339 de 04 de março de 2013.

085/2016	CAMPANHA ESTADUAL DE CIRURGIAS ELETIVAS - CATARATAS. Aprova a realização da Campanha Estadual de Cirurgias Eletivas , a desenvolver-se no Estado de Santa Catarina. Recurso próprio do Estado.
086/2016	DIVE. Aprova a adesão às ações de vigilância em saúde, os Municípios de Treze Tílias, Praia Grande, Schroeder e Vargem Bonita.
087/2016	PPI. Aprova a revisão de transferência de gestão; revisão e alterações de fluxos.
088/2016	TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO PARA OS MUNICÍPIOS. Aprova as transferências de gestão, aprovadas pela Deliberação CIB nº 404 de 25 de setembro de 2014.
089/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova as solicitações de recurso federal para construção e aquisição de equipamentos e material permanente, para o Município de Joinville.
090/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 04 de abril de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde José Cattaneo, localizada na Rua Geral, s/n, Bairro Nova Itália, Município de URUSSANGA. Proposta 10502372000113001. Portaria Ministério da Saúde 339 de 04 de março de 2013.
091/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 04 de abril de 2016, referente à construção da ESF Central de Itaiópolis, localizada na Rua Alfredo Fernandes Luiz, 150, Centro, Município de ITAIÓPOLIS, Proposta 10817032000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
092/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 29 de março de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Francisco Zeferino, Loteamento Engenho, Quadra B, Bairro Morro dos Conventos, Município de ARARANGUÁ, Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011.
093/2016	CIRURGIAS ELETIVAS – SUSPENSÃO DA CAMPANHA. Aprova a suspensão da Campanha Estadual de Cirurgias Eletivas e do Aparelho da Visão de Santa Catarina, a partir da competência junho de 2016. REVOGADA A SUSPENSÃO EM 23 DE JUNHO DE 2016.
094/2016	CER DE BLUMENAU. Aprova a transferência do Centro de Reabilitação – CER II, da APAE para a Universidade Regional de Blumenau – FURB, Município de Blumenau, bem como a manutenção do recurso financeiro já incorporado no teto MAC do Município de Blumenau.
095/2016	PACTUAÇÃO DE INDICADORES DE 2016. Aprova a pactuação dos indicadores 2016, pelos municípios, até a data limite de 30 de junho de 2016. O rol de indicadores são os descritos no SISPACTO. Está disponível a série histórica de 2008 a 2015, no TabNet da página da SES.
096/2016	SAÚDE MENTAL – ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR. Aprova o fluxo de atendimento pré - hospitalar em saúde mental.
097/2016	BRAQUITERAPIA. Aprova a habilitação do Hospital Santa Isabel de Blumenau para atendimento em braquiterapia para o Vale do Itajaí.: Médio Vale, Foz do Rio Itajaí e Alto Vale do Itajaí.
098/2016	CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA – CIT. Aprova a inclusão no Plano de Ação da região Metropolitana Grande Florianópolis do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIA Tox) para fazer parte da Rede de Urgência e Emergência. Nota Técnica em anexo.
099/2016	MEDICINA HIPERBÁRICA. Aprova o retorno para a SES/Estado, da responsabilidade do licenciamento de serviços de Medicina Hiperbárica pelos técnicos da Diretoria de Vigilância Sanitária.
100/2016	TRS – pagamento de produção excedente. Aprova o pagamento complementar do déficit, competência julho a dezembro de 2015. ANEXO.
101/2016	TRS. Aprova o encaminhamento de um documento ao Ministério da Saúde, propondo o reajuste da Terapia Renal Substitutiva – TRS. ANEXO.
102/2016	CEOs DA REGIÃO CARBONÍFERA. Aprova a repactuação dos CEOs de Criciúma, Içara e Urussanga.
103/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 13 de maio de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua João Luiz Rosa, s/n, Bairro Sobradinho, Município de CAMPO BELO DO SUL, conforme Portaria Ministério da Saúde 1.401 de 2011 e 2.684 de 08 de novembro de 2013.
104/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA E ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 15 de abril de 2016, referente à ampliação da Unidade de Estratégia de Saúde da Família Vila Jacob Bieuz, localizada na Rua Andorinhas, s/n, Vila Jacob Bieuz, proposta 10455.823000113005. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Município de CONCÓRDIA. A Ordem de Serviço de 06 de maio de 2016, referente à construção da Unidade Estratégia de Saúde

	da Família Planalto, localizada na Rua Passos Maia, s/n, Distrito de Planalto, proposta 10455823000114006. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009. Município de CONCÓRDIA.
105/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 28 de abril de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Avenida Radial Leste-Oeste, s/n, Bairro Meia Praia, Município de NAVEGANTES. Proposta 114740800001/14-001. Portaria Ministério da Saúde 340/2013.
106/2016	RENDIMENTO DE RECURSO FEDERAL EM PALMITOS. Aprova a utilização do remanejamento de eventuais rendimentos financeiros da Emenda Parlamentar Individual 2569003, proposta 11420595000/1140-01, de aquisição de equipamentos e material permanente, no valor de R\$ 5.410,60. Município de PALMITOS.
107/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA E MUDANÇA DE ENDEREÇO. Ratifica o Termo de Conclusão de Obra de 29 de abril de 2016, da construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Bento Aragão, 32, Bairro Centro, Município de CANELINHA. A Alteração de endereço da construção da Unidade Básica de Saúde, localizada no Bairro Centro, Município de CANELINHA, sendo o endereço correto à Rua Bento Aragão, 32, Centro, Município de Canelinha.
108/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 26 de abril de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Governador Jorge Lacerda, 448, Centro, Município de GUARUJÁ DO SUL. Portaria Ministério da Saúde 341 de 04 de março de 2013.
109/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 29 de abril de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Progresso, localizada na Rua Ella Sthmer, 12 Bairro Progresso, Município de POUSO REDONDO. Proposta 12321353000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
110/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 25 de abril de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde de Santa Maria, localizada na Rua Luis Girardi, 155, Bairro Santa Maria, Município de BENEDITO NOVO. Proposta 10624466000114002. Portaria Ministério da Saúde 341 de 04 de março de 2013.
111/2016	HABILITAÇÃO EM CENTRO DE PARTO NORMAL TIPO I. Aprova o cadastramento/habilitação como Centro de Parto Normal (CPN) tipo I para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha para o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, localizado no município de Itajaí.
112/2016	HABILITAÇÃO EM GESTANTE DE ALTO RISCO. Aprova o credenciamento/habilitação como Referência em Alta Complexidade Hospitalar em Gestante de Alto Risco Tipo II, 09 leitos para o Hospital Universitário, localizado no município de Florianópolis.
113/2016	CONTRATUALIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI TIPO III. Aprova a Contratualização dos Serviços do SUS, processo de solicitação de Cadastramento/habilitação de 05 leitos de UTI adulto tipo III, para o Hospital Santa Isabel, Município de Blumenau/SC.
114/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para as unidades de saúde de CAMPO ALEGRE. Recurso de Emenda Parlamentar.
115/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 04 de abril de 2016, referente à construção da Unidade Central de Itaiópolis, localizada na Rua Alfredo Fernandes Luiz, 150, Centro, Município de ITAIÓPOLIS. Proposta 10817032000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. ANULADA. Deliberada pela 091/CIB/2016.
116/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 28 de abril de 2016, referente à reforma geral da Unidade de Saúde do Bairro Vila Francesa, localizada na Rua José Lúcio Godinho esquina Abel Fernandes, Município de CRICIÚMA. Portaria Ministério da Saúde 2206/2011 e 1.160 de 17 de maio de 2014.
117/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para Unidade de Estratégia da Saúde da Família Vila Rica, bem como recurso federal para ampliação de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família Dr. Gyrão. Recursos de Emenda Parlamentar 29050005. Município de SIDERÓPOLIS.
118/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para apoio e manutenção da atenção básica do Município de ITAIÓPOLIS. Recurso de Emenda Parlamentar.
119/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para custeio do piso de atenção básica e FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a manutenção das unidades de saúde do Município de SÃO BENTO DO SUL. Recurso de Emenda Parlamentar.

120/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para o Município de TRÊS BARRAS. Recurso de Emenda Parlamentar.
121/2016	PPI. Aprova alterações de fluxos; ajustes e remanejamentos.
122/2016	ATENÇÃO ESTADUAL EM HANSENÍASE TIPO III. Aprova o Hospital Santa Teresa como referência de Atenção Estadual em hanseníase tipo III, Município de São Pedro de Alcântara.
123/2016	ATENÇÃO ESTADUAL EM HANSENÍASE TIPO III. Aprova o Hospital Santa Teresa como referência de Atenção Estadual em hanseníase tipo III, Município de São Pedro de Alcântara.
124/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 17 de maio de 2016, referente à construção da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, proposta 1601101044905199, localizada na Av. Cel. José Severiano Maia, esq. Rua Germano Evers, s/n, Bairro Jardim América, Município de MAFRA. Portaria MS 340 de 04 de março de 2013.
125/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 14 de junho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, objeto da proposta 11430533000113001, localizada no P.A. Olaria Lote 20, s/n, Município de ÁGUA DOCE. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009.
126/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de 28 de abril de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Francesa, localizada na Rua José Lúcio Godinho esq. Abel Fernandes, Município de CRICIÚMA. Portaria Ministério da Saúde 1.160 de 17 de maio de 2014.
127/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 11 de março de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde de Palmas, localizada na Rua Joaquim Rosendo Sagas, Bairro de Palmas, Município de GOVERNADOR CELSO RAMOS. Portaria Ministério da Saúde 340 de 13 de março de 2013.
128/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 31 de maio de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua 4 de dezembro, nº 0, próxima à Praça de Esportes Silvério Pucci Ceregatti, Centro, Município de ANITA GARIBALDI. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
129/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 2 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde localizada na Localidade de Caminho Pinhal s/n, Município de DONA EMMA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 4 de março de 2013.
130/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 2 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde localizada na Localidade de Caminho Pinhal s/n, Município de DONA EMMA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 4 de março de 2013.
131/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 27 de maio de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Santa Catarina, Centro, Município de IPIRA. Portaria Ministério da Saúde 339 de 04 de março de 2013.
132/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra, de 13 de maio de 2016, referente à construção da Unidade ESF Integração Paraguaçu e Iracema, localizada na Rua Bruno Penkal, s/n, Bairro Alto Paraguaçu, Município de ITAIÓPOLIS. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
133/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 11 de maio de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Francisco Pucci Primo, Centro, Município de CERRO NEGRO. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
134/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 10 de maio de 2016, referente à construção de Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua XV de Novembro, esq. com a Rua Natal Mondini, Bairro Bela Vista, Município de RIO DO OESTE. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
135/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 05 de maio de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua “A” esquina a Rua “B”, no Loteamento Chiossi, Distrito de Linha das Palmeiras, Município de XAVANTINA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
136/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 14 de abril de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua João Carvalho, 0, Bairro Outro, Município de HERVAL D’ OESTE. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.

137/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 16 de janeiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Avenida Colombo Machado Salles, s/n, Bairro Vila Nova, Município de LAURENTINO. Processo 11344334000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
138/2016	PROJETO LEI 0079.2/2016 que institui tabela complementar. Ratifica o Parecer nº 042/2016, de 23 de maio de 2016, da Superintendencia de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde. ANEXO.
139/2016	PPI.
140/2016	CURSO DE CAPACITAÇÃO. Aprova a realização do Curso de Capacitação para profissionais da saúde que prestam assistência às pessoas expostas a situações de violência e graves violações de direitos humanos. ANEXO.
141/2016	PADRONIZAÇÃO DAS NOMENCLATURAS DAS AGENDAS DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAIS. Aprova as Nomenclaturas das agendas de consultas e exames a serem adotadas por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. PLANILHAS EM ANEXO
142/2016	TELECONSULTORIA PELA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL. Aprova a utilização da Teleconsultoria pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), em que previamente ao encaminhamento ambulatorial para a especialidade, seja realizada de forma compulsória à teleconsultoria clínica.
143/2016	MICROCEFALIA. Aprova o Hospital Infantil Joana de Gusmão, localizado em Florianópolis, para emitir laudo circunstanciado para os casos confirmados de microcefalia com repercussão neuropsicomotora, independentemente da causa (infecciosa ou não), informando as condições clínicas da criança.
144/2016	PLANOS DA VISA, MUNICIPAL. Aprova os Planos de Ação dos Municípios de Barra Velha, Itapoá, Santo Amaro da Imperatriz, Schroeder, Timbó Grande, Imarui e Araquari, junho de 2016.
145/2016	TRS. Aprova o pagamento complementar do déficit, competência janeiro a abril de 2016. ANEXO.
146/2016	REVOGAÇÃO DA DELIBERAÇÃO 093/2016: Cirurgias eletivas. A CIB REVOGOU a Deliberação 093/CIB/2016, aprovada em 12 de maio de 2016, considerando a reunião da CIB desta data que pactuou o retorno pela Campanha de Cirurgias Eletivas para Santa Catarina em 2016 e também ratifica as Deliberações nº 046/CIB/2016 e nº 085/CIB/2016.
147/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 09 de junho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Vereador João Z. Zancanaro, Bairro Centro, Município de ERVAL VELHO. Portaria 2.684 de 13 de novembro de 2013.
148/2016	RECURSO REMANESCENTE DE FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Corupá, aprovada pela Comissão Intergestores Regional Nordeste, para utilização de saldo remanescente em proposta de Emenda Parlamentar, para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, constantes das Propostas habilitadas no Ministério da Saúde.
149/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 30 de junho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Sandra Regina, localizada na Rua Papa João Paulo, s/n, Bairro Ubatuba, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. A Ordem de Serviço de 30 de junho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Vila da Glória, localizada na Rua Lindolfo de Freitas Ledoux, s/n, Bairro Vila da Glória, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. A Ordem de Serviço de 30 de junho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Acaraí, localizada na Rua Dom Fernando Trejo y Sanabria, s/n, Bairro Acaraí, Município de SÃO FRANCISCO DO SUL. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
150/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de serviço de 10 de junho de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde Vila Belmiro, localizada na Rua Darci João Bianchini, s/n, Bairro Jardim União, Município de CRICIÚMA. Portaria Ministério da Saúde 1.160 de 17 de maio de 2014.
151/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de serviço de 22 de junho de 2016, referente à construção da UBS Estrela porte I, localizada na Rua Paulino de Oliveira, 160, Bairro Estrela, Município de MARAVILHA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. A Ordem

	de serviço de 22 de junho de 2016, referente à construção da ESF Nosso Sonho – UBS porte III, localizada na Rua Independência, 71, Bairro Madalozzo Município de MARAVILHA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
152/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 20 de maio de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde – UBS, localizada na Rua João Rech, s/nº, Bairro Centro, Município de IOMERÊ. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
153/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica a Ordem de Serviço de 30 de junho de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde José Amândio, localizada na Rua Cachalote, 589, Bairro José Amândio, Município de BOMBINHAS. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
154/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica a Ordem de Serviço de 17 de junho de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde Prefeito Angelo Simoni, localizada na Rua Prefeito Luiz Canella, Centro, Município de MELEIRO. Portaria Ministério da Saúde 2.394/2013.
155/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 29 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Dom Pedro, Localidade de Quilômetro Quinze, 3.555, Município de BRAÇO DO TROMBUDO. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11481782000113002. O Atestado de Conclusão de Obra de 29 de fevereiro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Avenida Erica Hansen Joenck, 180, Município de BRAÇO DO TROMBUDO. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11481782000113001.
156/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica a troca de um equipamento/material permanente que consta na proposta 0885820000/1140-02, de Emenda Parlamentar, destinado ao Hospital Nossa Senhora Imaculada Conceição de NOVA TRENTO. O equipamento ‘Digitalizador de Imagens Radiográficas, no valor de R\$ 140.000,00 será substituído pela aquisição de um Densitômetro, no valor de R\$ 160.000,00. Justificativas em anexo.
157/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Conclusão de Obra de 08 de julho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Benjamim Constant, 63, Município de Cunha Porã. Portaria Ministério da Saúde 2.226 de 2009. Proposta 11272375000113001.
158/2016	PACTO DOS INDICADORES DO ESTADO 2016. Aprova os indicadores e metas pactuados para 2016 para o Estado de Santa Catarina. ANEXO.
159/2016	PPI HOSPITALAR. Aprova a atualização da PPI Hospitalar com base na produção 2015 X teto 2015. Aprova também uma subcomissão para analisar os tetos hospitalares individualmente. O teto estará disponível na página da SES.
160/2016	TESTE DO PEZINHO. Aprova a parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná para realização dos exames de triagem neonatal no seu serviço contratualizado - Fundação Ecumênica de Amparo ao Excepcional – FEPE. Sendo assim, fica a FEPE determinada como Laboratório Especializado em Triagem Neonatal para o Estado de Santa Catarina, assumindo as atribuições a ele previstas na Portaria 822/2001.
161/2016	DOAÇÃO DE VEÍCULOS PARA COMBATE AO <i>Aedes Aegypti</i> . Aprova a distribuição de três veículos para os Municípios de Itajai, Chapecó e Pinhalzinho.
162/2016	APLICAÇÃO DE PENICILINA NAS UNIDADES BÁSICAS. Aprova Nota Técnica que regulamenta a aplicação de penicilina nas unidades básicas de saúde.
163/2016	MICROCEFALIA. Diretrizes de estimulação precoce para crianças de 0 a 03 anos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, decorrente de microcefalia e outros agravos, para o Estado de Santa Catarina
164/2016	PPI COMPETÊNCIA AGOSTO DE 2016. Aprova as alterações de fluxos, remanejamentos e ajustes.
165/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 06 de julho de 2016, referente à construção do Polo da Academia da Saúde, localizada na Rua João Manoel Sardá, Km 02, Município de TRÊS BARRAS. Proposta 114910750001/11005. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011. O Atestado de Conclusão de Obra de 06 de julho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde João Paulo II, localizada na Rua Boleslau

	Polanski, s/n, Bairro João Paulo II, Município de TRÊS BARRAS. Proposta 1149107500013001. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009.
166/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 13 de maio de 2016, referente à conclusão de construção da Unidade ESF Integração Paraguaçu e Iracema de Itaiópolis, localizada na Rua Bruno Penkal, s/n, Bairro Alto Paraguaçu, Município de ITAIÓPOLIS, Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 10817032000113003.
167/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 20 de janeiro de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua VX de Novembro, esquina com a Rua Artur Nardelli, Bairro Centro, Município de RIO DO OESTE. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011 e 2.684 de 07 de novembro de 2013.
168/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 16 de junho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Damo, Bairro Industrial, Município de CAMPO ERÊ. Proposta 11307776000113009. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011 e 2.684 de 08 de novembro de 2013.
169/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de obra de 18 de julho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Alfredo Bento Borba Sobrinho, s/n, Bairro Sertãozinho, Município de BARRA VELHA. Proposta 018775280001/12-003. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011. O Atestado de Conclusão de Obra de obra de 18 de julho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Rita de Cassia Coelho Ramos, s/n, Bairro Itajuba, Município de BARRA VELHA. Proposta 018775280001/12-002. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011.
170/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 25 de julho de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde UBS Ceniro Martins, Município de SÃO JOSÉ. Proposta 11214458000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
171/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 04 de agosto de 2016, referente à construção de Unidade de Saúde Bela Vista, localizada na Rua Henrique Martelli, s/n, Município de TANGARÁ. Proposta 10639346000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
172/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 30 de junho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Matos Costa, 0, Bairro Centro, Município de MATOS COSTA. Proposta 172370990003001. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011.
173/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 12 de julho de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua Domingos Palavro, s/n, (anexo a UBS Unidade Básica de Saúde Vitor Pauli), Município de ABDON BATISTA. Proposta 10509952000113003. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013; Portaria 2.681 de 07/11/2013 e Portaria 2.684 de 08/11/2013.
174/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 30 de junho de 2016, referente à reforma da Unidade Básica de Saúde José Amândio, localizada na Rua Cachalote, 589, Bairro José Amândio, Município de BOMBINHAS. Proposta 106065090004004. Portaria Ministério da Saúde 341 de 04 de março de 2013.
175/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 16 de agosto de 2016, referente à construção da Unidade Básica, localizada na Rua Projetada, s/n, Bairro Centro, Município de TREVISO. Proposta 10461159000113001. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
176/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 18 de agosto de 2016, referente à construção da Unidade de Pronto Atendimento 24h – UPA, localizada na Rua Paul Fritz Kurt Bresan, s/n, Bairro Canta Galo, Município de RIO DO SUL. Portaria Ministério da Saúde 342 de 04 de março de 2013.
177/2016	UPA AVENTUREIRO DE JOINVILLE. Aprova a habilitação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h Aventureiro, Município de Joinville, CNES 6439993. Portaria Ministério da Saúde 2.144 de 26 de setembro de 2013.
178/2016	UPA SUL DE JOINVILLE. Aprova a inclusão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Sul, Município de Joinville, como componente da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Nordeste e Planalto Norte de Santa Catarina.

179/2016	PPI. COMPETÊNCIA SETEMBRO DE 2016. Aprova ajustes dos Municípios de Criciúma e Grão Pará. Alterações de fluxos.
180/2016	TRANSPLANTE DE BLUMENAU. Aprova a aquisição de Equipamentos para Assistência Circulatoria Mecânica - Coração Artificial/ECMO no Hospital Santa Isabel - Blumenau - Convênio Federal.
181/2016	CAPS DE APIÚNA, RODEIO E ASCURRA. Aprova o CAPS Microrregional de Apiúna, Rodeio e Ascurra, com Sede no Município de Apiúna e referência para os Municípios de Ascurra e Rodeio.
182/2016	UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS DE LUZERNA. Aprova a transferência da Unidade de Cuidados Prolongados – UCP, do Hospital Municipal Nossa Senhora Perpétuo Socorro de Catanduvas, aprovada no Plano Regional de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência para Sociedade Beneficente Hospital São Roque de Luzerna.
183/2016	PACTUAÇÃO INTERESTADUAL, PARANÁ E SANTA CATARINA. Aprova o Remanejamento de Teto MAC da Gestão Estadual do Estado do Paraná para a Gestão Municipal de Rio Negrinho/SC, correspondente a 05 AIHs, a um valor unitário R\$ 688,11, totalizando um Teto financeiro de R\$ 3.440,55/mês. Este remanejamento tem validade a partir da competência setembro 2016.
184/2016	PPI
185/2016	VISA – NOVOS CRITÉRIOS DE PACTUAÇÃO DOS PLANOS MUNICIPAIS. Aprova os critérios para a elaboração do Plano de ação Municipal em Vigilância Sanitária/2017–2019, conforme descrição no anexo 01. Modelo do Plano de Ação Municipal, conforme Planilhas Sistema Pharos.
186/2016	PLANO DA VISA DO MUNICÍPIO DE MASSARANDUBA 2014-2016.
187/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente, Proposta 10455.8230001/16-002, para a Unidade de Atenção Especializada em Saúde (Policlínica Municipal), Município de CONCÓRDIA. O recurso é proveniente de Emenda Parlamentar 29250005, no valor de R\$ 100.000,00 (Deputada Carmen Zanotto).
188/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. A solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente e estruturação dos serviços de atenção básica do Município de ITAPOÁ. Recursos provenientes de Emenda Parlamentar 29250001 (Carmen Zanotto), no valor de R\$ 100.000,00 e Emenda Parlamentar 28520007 (Jorginho Mello), no valor de R\$ 100.000,00, totalizando R\$ 200.000,00. A solicitação de recurso federal para aquisição de produtos médicos de uso único para o Município de ITAPOÁ. Recursos provenientes de Emenda Parlamentar 3786000 (Dário Berger), no valor de R\$ 100.000,00.
189/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço 01/2016 de 31 de agosto de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde – UBS Santa Terezinha do Progresso, localizada na Rua Ernesto Francisco Cardoso, Município de SANTA TEREZINHA DO PROGRESSO. Portaria Ministério da Saúde 339 de 04 de março de 2013.
190/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Certificado de Conclusão de Obra de 22 de julho de 2016, referente à construção da Unidade Básica Laranjeiras, proposta 06231312000113001, localizada às Margens da BR 101, s/n, Município de PESCARIA BRAVA.
191/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal de equipamentos e material permanente para atenção especializada, para o Município de PALMITOS. Termo de compromisso em anexo.
192/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica a Ordem de Serviço de 01 de julho de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde Central, localizada na Rua Governador Jorge Lacerda, 1209, Centro, Município de OURO. CNES 2379945. Recurso federal.
193/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 17 de agosto de 2016, referente à proposta 11672134000113001, construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Valentin Petry, 0, Bairro São João, Município de SEARA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
194/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente, proposta 04923189000116002, para Unidade de Atenção Básica do Município de MONTE CARLO. A solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente, proposta 04923189000116001, para Unidade de Atenção Especializada em Saúde, Município de MONTE CARLO.

195/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 10 de maio de 2016, referente à construção de Unidade Básica de Saúde, proposta 11415018000113000, localizada na Rua XV de Novembro esq. com a Rua Arthur Nardelli. Centro, Município de RIO DO OESTE. Portaria Ministério da Saúde 340 de março de 2013. Esta Deliberação retifica o endereço da Deliberação 134/CIB/2016.
196/2016	PPI. Aprova os ajustes e remanejamentos referentes ao mês de setembro de 2016.
197/2016	TERMO ADITIVO DA RUE, DA MACRORREGIÃO SUL. Aprova o termo de aditivo da RUE, da Macrorregião Sul, sem gerar impacto financeiro junto ao Ministério da Saúde.
198/2016	SISPACTO.
199/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica ordens de serviço do Município de Chapecó.
200/2016	PPI HOSPITALAR. Aprova a atualização da PPI Hospitalar 2016 e REVOGA a Deliberação 425/2010. Mantém OS ANEXOS de 1 a 23.
201/2016	PPI – COMPETÊNCIA NOVEMBRO DE 2016. Aprova remanejamentos, ajustes e alterações de fluxos, competência novembro de 2016.
202/2016	PPI DE FLORIANÓPOLIS. Aprova a transferência do Teto Estadual de Média e Alta Complexidade - FES para o Teto de Média e Alta Complexidade de Florianópolis – FMS Florianópolis, o valor financeiro de R\$ 79.578,12, correspondendo a um número médio de 60 autorizações de Internações Hospitalares – AIHs.
203/2016	LEITOS DE RETAGUARDA DA SERRA CATARINENSE. Aprova a adequação de leitos de retaguarda clínica, da Região da Serra Catarinense conforme distribuição em anexo, aprovada pela Comissão Intergestores Regional da Serra Catarinense.
204/2016	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – TRS. Aprova o pagamento complementar do déficit conforme relação em anexo, competência maio a agosto de 2016, totalizando R\$ 1.035.284,76 (um milhão e trinta e cinco mil, duzentos e oitenta e quatro reais e setenta e seis centavos).
205/2016	FLUXO DA HEMODIÁLISE. Aprova o fluxo de acesso e gerenciamento de vagas do serviço de Hemodiálise e Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua no Estado de Santa Catarina.
206/2016	PROIBIÇÃO DO USO DE INSETICIDAS. Proíbe a utilização de pulverização aérea de inseticidas no controle do mosquito <i>Aedes aegypti</i> no estado de Santa Catarina.
207/2016	MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO E PROFILAXIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS. Aprova a atualização da relação dos Medicamentos para Tratamento e Profilaxia das Infecções Oportunistas (IO) em Pacientes Portadores do HIV/AIDS e para o Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
208/2016	COMISSÃO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA. Aprova a constituição da Comissão para elaborar normativa para padronização dos encaminhamentos de referência e contrarreferência ambulatorial.
209/2016	COMISSÃO PARA DEFINIÇÃO DE FAIXA ETÁRIA EM HOSPITAIS. Aprova a constituição da Comissão para elaborar normativa referente à faixa etária para internações em hospitais pediátricos e/ou adultos.
210/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 16 de setembro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde Barro Preto, Localizada na Rua Projetada s/n, Quadra D, Loteamento Jardim Vila Romana, 0, Complemento Estrada para Pindotiba, Bairro Barro Preto, Município de URUSSANGA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013.
211/2016	PRORROGAÇÃO DE PRAZO. Aprova a ampliação do prazo para conclusão de obra referente à proposta 10594533000113001, UBS Armindo de Medeiros Haro, do Município de JOAÇABA, conforme Ofício 230 de 10 de outubro de 2016.
212/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Recebimento Definitivo de Obra de 13 de setembro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde ESF-3, localizada na Rua Nereu Ramos, 401, Bairro Centro, Município de CORUPÁ. Proposta cadastrada com o número 11269752000113001.
213/2016	ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO. Ratifica a alteração de endereço da localização da Unidade Básica de Saúde que consta na Ordem de Serviço de 17 de junho de 2016, referente à ampliação da Unidade Básica de Saúde Prefeito Ângelo Simoni, localizada na Rua José Mezari, Centro, Município de MELEIRO, conforme Ofício 406 de 06 de outubro de 2016.
214/2016	HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UTI EM TUBARÃO. Aprova o cadastramento/habilitação de 07 leitos de UTI Neonatal tipo III, 07 leitos da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal

	Convencional e 04 leitos da Unidade de Cuidados Intermediários Canguru para o Hospital Nossa Senhora da Conceição , localizado no Município de Tubarão/SC.
215/2016	HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Aprova a habilitação como Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva do Hospital Universitário , localizado no município de Florianópolis/SC.
216/2016	LEITOS DA RUE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS. Aprova a adequação no Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência – RUE da Macrorregião da Grande Florianópolis, conforme demonstrativo em anexo na Deliberação 06/CIR/2016 da Grande Florianópolis.
217/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamento/material permanente para Unidade Especializada em Saúde para o Hospital Materno-Infantil Santa Catarina, localizado no Bairro Operária Nova, Município de CRICIÚMA. Proposta 08435209000/1160-03. Recurso de Emenda Parlamentar 32350011 (Deputada Geovania de Sá).
218/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamento/material permanente para Unidade de Saúde do Município de ANITA GARIBALDI. Proposta 14164360001/16-001.
219/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. A solicitação de recurso federal para aquisição de equipamento/material permanente para estruturação de rede de serviços de atenção básica de saúde, no valor de R\$ 100.000,00 de Emenda Parlamentar 28520007 (Jorginho Mello) e no valor de R\$ 100.000,00 de Emenda Parlamentar 29250001 (Carmen Zanotto). Município de ITAPOÁ. A solicitação de recurso federal para aquisição de produtos médicos de uso único, no valor de R\$ 100.000,00 de Emenda Parlamentar 3786000 (Dário Berger). Município de ITAPOÁ.
220/2016	NOTA TÉCNICA. Aprova a Nota Técnica 03/2016 da Gerência de Atenção Básica, de orientação para a realização do exame citopatológico do colo de útero, de acordo com as “Diretrizes de Rastreamento do Ministério da Saúde do Brasil, Portaria 497/05/2016”.
221/2016	TERMOS DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO ÀS ALTAS COMPLEXIDADES EM CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, ONCOLOGIA E NEUROCIRURGIA.
222/2016	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS. Aprova a aquisição de equipamentos para estruturação da atenção básica no Município de Presidente Castello Branco.
223/2016	LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA. Aprova a inclusão na Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção de Câncer de Colo de Útero (QUALICITO) dos Laboratórios do Município de Joinville, abaixo relacionados. Centro de Patologia Médica – Citocentro. Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Hugo de Carvalho Ltda.
224/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de um veículo para ser utilizado na Rede de Atenção Básica, no Município de PRESIDENTE CASTELLO BRANCO. A proposta 11333.647000/1140-01, submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Presidente Castello Branco. Os recursos federais a serem utilizados são recursos excedentes da proposta 11333.647000/1140-01 cadastrada no Ministério da Saúde.
225/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 25 de novembro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde do Jardim Silvana, localizada na rua Tranquilo Pizzetti, s/n, Bairro Jardim Silvana, Município de IÇARA. Portaria Ministério da Saúde 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11391558000113002.
226/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Conclusão de Obra de 06 de dezembro de 2016, referente à REFORMA da Unidade de Saúde Básica – UBS Guatá, localizada no Município de LAURO MULLER. Proposta 11292440000113001. O Termo de Conclusão de Obra de 06 de dezembro de 2016, referente à AMPLIAÇÃO da Unidade de Saúde Básica – UBS Barro Branco, localizada no Município de LAURO MULLER. Proposta 11292440000113002. O Termo de Conclusão de Obra de 06 de dezembro de 2016, referente à AMPLIAÇÃO da Unidade de Saúde Básica – UBS Arizona, localizada no Município de LAURO MULLER. Proposta 11292440000113004. O Termo de Conclusão de Obra de 06 de dezembro de 2016, referente à AMPLIAÇÃO da Unidade de Saúde Básica – UBS Itapema, localizada no Município de LAURO MULLER. Proposta 11292440000113005. O Termo de Conclusão de Obra de 06 de dezembro de 2016, referente à AMPLIAÇÃO da Unidade de Saúde Básica – UBS Sumaré, localizada no Município de LAURO MULLER. Proposta 11292440000113006.
227/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 17 de novembro de 2016, referente à construção da Unidade Básica de Saúde, localizada na Rua Farroupilha, s/n, Loteamento Praia do Arroio do Silva, Zona Oeste, denominada UBS Valter

	Pereira, Município de BALNEÁRIO ARROIO DO SILVA. Portaria Ministério da Silva 340 de 04 de março de 2013. Proposta 11222421000113001.
228/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Termo de Recebimento de Obra de 16 de novembro de 2016, referente à construção da Unidade de Saúde UBS Galvão, localizada na Avenida Sete de Setembro, 1015, Bairro Centro, Município de GALVÃO. Proposta 112240300003001. Portaria Ministério da Saúde 2.226/2009.
229/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos, para Estruturação da Rede de Atenção Básica do Município GALVÃO. Os recursos a serem utilizados são recursos federais, excedentes da Proposta 11224030000/1160-01.
230/2016	PROTOCOLOS DE ACESSO AMBULATORIAL. Aprova os Protocolos de Acesso a serem utilizados pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina. PROTOCOLOS EM ANEXO. 57 PROTOCOLOS. RETIFICADA EM 23 DE FEVEREIRO DE 2017, COM EXCLUSÃO DE 04 PROTOCOLOS DE OPME.
231/2016	SERVIÇO DE TELEMEDICINA DE SANTA CATARINA. Aprova o Serviço de Telemedicina no Estado de Santa Catarina, por meio do Portal do Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT), como ferramenta tecnológica para acesso e laudo de exames eletrofisiológicos e de imagem à distância.
232/2016	TRANSPLANTES – Metas 2016-2017. Aprova as novas metas quantitativas e qualitativas estabelecidas para as OPO do estado de Santa Catarina no Biênio 2016-2017 conforme detalhamento nos anexos incorporados a esta Deliberação.
233/2016	PLANO ESTADUAL DE ONCOLOGIA. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Câncer em Santa Catarina. Ajustes. Esta Deliberação revoga as seguintes Deliberações: Deliberação 303/CIB/12, Deliberação 097/CIB/14, Deliberação 078/CIB/15, Deliberação 104/CIB/15, Deliberação 288/CIB/15, Deliberação 289/CIB/15; Deliberação 015/2016 e Deliberação 050/CIB/2016.
234/2016	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA GRANDE FLORIANÓPOLIS. Aprova as alterações de leitos de retaguarda da Região da Grande Florianópolis.
235/2016	COMISSÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO. Aprova a instituição da Comissão de Controle e Avaliação, vinculada à Câmara Técnica de Regulação, com a finalidade de estabelecer e sistematizar as atribuições de Controle e Avaliação, bem como, acompanhar e avaliar as ações implantadas e implementadas, entre outras.
236/2016	PLANO ESTADUAL DE COMBATE À HANSENÍASE.
237/2016	PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA.
238/2016	PLANO ESTADUAL DE AMPLIAÇÃO DO TESTE RÁPIDO (HIV, SÍFILIS E HEPATITES). ANEXO.
239/2016	PPI. Aprova transferência de gestão de Rio do Oeste; revisão de transferências de gestão; remanejamentos,; ajustes e alterações de fluxos.
240/2016	CIRURGIAS DE CATARATAS (OFTALMOLOGIA). Aprova o remanejamento do teto financeiro de maneira per capita para a gestão municipal dos 295 municípios do Estado. As cotas físicas correspondem à divisão do valor pelo custo médio de R\$ 556,72 , correspondente aos procedimentos programados na Deliberação CIB nº 085/2016.
241/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra da de 20 de setembro de 2016, referente à construção da Academia de Saúde, localizada na Rua Nereu Ramos com a Avenida Coronel Rupp, Bairro Centro Oeste, Município de CATANDUVAS. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011. O Atestado de Conclusão de Obra da de 20 de setembro de 2016, referente à construção da Academia de Saúde, localizada na Severiano Guerreiro, esquina com a Avenida Coronel Rupp, Centro, Município de CATANDUVAS. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011.
242/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos para o PAN, no valor de R\$ 99.920,00, para o Município de CAMPOS NOVOS. Recurso de Emenda Parlamentar.
243/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova a solicitação de recurso federal para aquisição de equipamentos e material permanente para Unidade de Atenção Especializada em Saúde, para o Município de MONTE CARLO. Proposta 04923189000/1160-01.

244/2016	FINANCIAMENTO FEDERAL. Aprova solicitação de recurso federal para o Município de LAGES, para atenção especializada.
245/2016	ORDEM DE SERVIÇO. Ratifica ordem de Serviço de Monte Castelo.
246/2016	HABILITAÇÃO DE LEITOS EM ALTA COMPLEXIDADE EM PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDÍACOS. Aprova a habilitação do Hospital Regional Alto Vale, localizado no Município de RIO DO SUL, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos.
247/2016	GRADUACEO DA UFSC. Aprova o GraduaCEO Brasil na Universidade Federal de Santa Catarina, FLORIANÓPOLIS, em conformidade ao Art. 20 da Portaria Interministerial 1.646 de 05 de agosto de 2014, que institui o componente GraduaCEO BRASILSORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal.
248/2016	ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA. Aprova a Secretaria de Estado da Saúde - SES como referência estadual para realização do procedimento 02.02.10.004-9- Quantificação/Amplificação do HER-2. Alocar o recurso de R\$ 11.105,19/mês estabelecido na Portaria nº 198/SAS na Gestão Estadual para viabilizar o procedimento exigido no protocolo Ministerial para autorização do tratamento com trastuzumabe para as pacientes com câncer de mama. Revogar a Deliberação 068/CIB/13.
249/2016	SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO. Aprova a habilitação/Credenciamento do Serviço Residencial Terapêutico do Município de LAGES. Parecer da Coordenação de Saúde Mental favorável.
250/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 05 de dezembro de 2016, referente à construção da Academia da Saúde, localizada na Rua José Francisco Laurindo, 1.100, Bairro São Domingos, Município de NAVEGANTES. Portaria Ministério da Saúde 1.401/2011. Proposta 114740800001/11-001.
251/2016	CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE OBRA. Ratifica o Atestado de Conclusão de Obra de 04 de julho de 2016, referente à construção da Unidade da Estratégia de Saude da Família Central, localizada na Avenida Alvim Manoel Cardoso, 1090, Jardim Ultramar, Balneário Gaivota. Proposta 11425649000113001.
252/2016	SERVIÇO DE RADIOTERAPIA EM LAGES. Ratifica a implantação do Serviço da Radioterapia do UNACON – Hospital e Maternidade Teresa Ramos do Município de LAGES.
253/2016	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MAFRA. Aprova a inclusão do Hospital São Vicente de Paulo de Mafra, como porta de entrada tipo I na Rede de Urgência e Emergência – RUE.
254/2016	CENTRO DE TRAUMA – HOSPITAL SANTA ISABEL E HOSPITAL SANTO ANTONIO e Blumenau. Ratificam as Deliberações CIB/57 de 31 de março de 2016 que habilita o Hospital Santo Antonio como Centro de Trauma tipo II e a CIB/61 de 31 de março de 2016 que habilita o Hospital Santa Isabel como Centro de Trauma tipo II, Município de Blumenau.

ANEXO VII

Relação das Resoluções da CIB de Tocantins em 2016

Número	Matéria
001/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1160-01 para Construção do Centro Especializado em Reabilitação (CER), Tipo II (Física e Intelectual), no município de Gurupi – TO, referente à Recurso de Programa.
002/2016	Dispõe sobre o Calendário das Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins para o ano de 2016.
003/2016	Dispõe sobre os Fluxos de Atendimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Tocantins.
004/2016	Dispõe sobre o Plano Estadual de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Câncer do Estado do Tocantins e a Habilitação das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Hospital Geral Público de Palmas e Hospital Regional de Araguaína) no Estado do Tocantins.
005/2016	Dispõe sobre a Pactuação Interestadual entre o Estado do Tocantins e o município de Goiânia – GO, relativo ao Tratamento Fora Domicílio – TFD, para o período de março de 2016 a fevereiro de 2017.
006/2016	Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, com inclusão dos procedimentos de: Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa em 2 Regiões Renais); Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subseqüente em 1 Região Renal); e, Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subseqüente em 2 Regiões Renais).
007/2016	Dispõe sobre a Retificação do Anexo I da RESOLUÇÃO – CIB No. 092/2015, de 20 de agosto de 2015, que Dispõe sobre a Execução da Complementação do Recurso Estadual e o Financiamento do Elenco de Referência de Medicamentos da Saúde Mental dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Tocantins no ano de 2015.
008/2016	Dispõe sobre a Atualização da Descentralização da Gestão de Ações e Serviços de Saúde para o município de Palmas – TO, consoante disposto nos artigos 2o e 3o da Resolução – CIT No. 04/2012, e na RESOLUÇÃO – CIB/TO No. 159/2012.
009/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11490763000/1140-03 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Benedito Oliveira Costa do município de Pindorama do Tocantins – TO, referente às Emendas Parlamentares: No. 12010012 e No. 26930007.
010/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11490763000/1140-04 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital de Pequeno Porte (HPP) do município de Pindorama do Tocantins – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 29180007.
011/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11391015000/1140-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Barrolândia – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26930007.
012/2016	Dispõe sobre a Implantação de 01 (uma) Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Modalidade III, nos municípios de Brejinho de Nazaré – TO e Tupirama – TO.
013/2016	Dispõe sobre a Implantação da 8a Equipe da Estratégia de Saúde Bucal (ESB), Modalidade I, no município de Guaraí – TO.
014/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1160-01 para Construção do Centro Especializado em Reabilitação (CER), Tipo II (Física e Intelectual), no município de Gurupi – TO, referente à Recurso de Programa.
015/2016	Dispõe sobre a Retificação da RESOLUÇÃO – CIB No. 055/2015, de 18 de junho de 2015, que Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 911336/13-001 para Ampliação da Unidade de Atenção Especializada em Saúde (Policlínica) do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
016/2016	Dispõe sobre a Retificação da RESOLUÇÃO – CIB No. 055/2015, de 18 de junho de 2015, que Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 911336/13-001 para Ampliação da Unidade de Atenção

	Especializada em Saúde (Policlínica) do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
017/2016	Dispõe sobre o Plano de Demanda de Investimentos para Apoio às Ações de Eliminação da Malária Falciparum no Estado do Tocantins.
018/2016	Dispõe sobre a Descentralização da Gestão de Ações e Serviços de Saúde para o município de Lagoa da Confusão, consoante disposto nos artigos 2o e 3o da Resolução – CIT No. 4, de 19 de julho de 2012.
019/2016	Dispõe sobre o Cronograma de Solicitações para Remanejamento na Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI, para o período de fevereiro a dezembro do ano de 2016.
020/2016	Dispõe sobre o Remanejamento de Tetos Físicos e Financeiros do Município de Araganã, na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins.
021/2016	Dispõe sobre a Habilitação de 04 (quatro) Leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Paraíso – TO.
022/2016	Dispõe sobre a Mudança de Porte II para III com Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte do município de Palmas – TO.
023/2016	Dispõe sobre a Mudança de Porte II para III com Renovação da Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Sul do município de Palmas – TO.
024/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11266377000/1160-03 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Nova Rosalândia – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950007.
025/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12035302000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Posto de Saúde de Araguaci do município de Araganã – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26930010.
026/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12035302000/1160-03 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Posto de Saúde de Araguaci do município de Araganã – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26930010.
027/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-004 para Ampliação do Hospital de Pequeno Porte do município de Alvorada - TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950008
028/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-005 para Ampliação do refeitório do Hospital Regional de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950008
029/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-006 para Reforma e adequação do edifício do Hospital Regional de Arraias – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26930011
030/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-007 para Reforma e adequação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Regional de Araguaína – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 30860006.
031/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-008 para Reforma e adequação do Hospital Regional de Xambioá – TO, referente às Emendas Parlamentares: No. 30860006 e No. 26930011.
032/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-009 para Reforma e adequação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Hospital Regional de Araguaína – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 30860006.
033/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-010 para Reforma e adequação da Ala da Imaginologia e Ala de Internação do Hospital Geral Público de Palmas Dr. Francisco Ayres, referente às Emendas Parlamentares: No. 30860007 e No. 26930011.
034/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-011 para Reforma e adequação do Hospital Regional de Arraias – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26930011.
035/2016	Dispõe sobre a Proposta de Convênio No. 913849/16-012 para Reforma na Ala de Internação no Hospital Geral Público de Palmas Dr. Francisco Ayres, referente à Emenda Parlamentar No. 30860007.
036/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hemocentro Regional de Araguaína – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26900005.
037/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-04 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital Regional de Araguaína – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 30860006.
038/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Hospital de Pequeno Porte de Alvorada, Hospital Materno Infantil Tia Dede, Hospital Regional de Arapoema, Hospital Regional de Arraias, Hospital Regional de

	Augustinópolis, Hospital Regional de Dianópolis, Hospital Regional de Guaraí, Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Paraíso Dr. Alfredo Oliveira Barros, Hospital Regional de Pedro Afonso Leonício de Sousa Miranda, Hospital Regional de Porto Nacional, Hospital Regional de Xambioá, e Hospital Regional Tertuliano Corado Lustosa de Araguaçu, referente à Emenda Parlamentar No. 38170003.
039/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-06 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital Regional de Araguaína – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 30860006.
040/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-07 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital Geral Público de Palmas Dr. Francisco Ayres, referentes à Emenda Parlamentar No. 30860007.
041/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-08 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres, Hospital Regional de Arapoema, Hospital Regional de Arraias, Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Regional de Guaraí, Hospital Regional de Gurupi, Hospital Regional de Paraíso Dr. Alfredo Oliveira Barros, e Hospital Regional Tertuliano Corado Lustosa de Araguaçu, referente à Emenda Parlamentar No. 38170004.
042/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-09 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital Regional de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950008.
043/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 13849.028000/1160-10 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital Geral Público de Palmas Dr. Francisco Ayres, referente à Emenda Parlamentar No. 38170004.
044/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11266993000/1140-04 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Posto de Saúde Folha Grossa, Posto de Saúde Olho D'Água, Posto de Saúde Ribeirão Grande, Unidade Básica de Saúde Alto Bonito, Unidade Básica de Saúde Ana Vina, Unidade Básica de Saúde, e Unidade Básica de Saúde Múcio Barbosa, do município de Tocantinópolis, referente à Emenda Parlamentar No. 26900003.
045/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11507354000/1140-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde Vicente de Paula do município de Luzinópolis – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 12010012.
046/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11320420000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: o Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo, o Complexo de Atenção à Saúde (CAS), o Núcleo de Assistência Henfil, a Policlínica Aurenny I, a Policlínica da Região Norte, e a Policlínica de Taquaralto, do município de Palmas – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950009.
047/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11320420000/1160-03 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: o Complexo de Atenção à Saúde (CAS), a Policlínica Aurenny I, e a Policlínica da Região Norte, do município de Palmas – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 36950009.
048/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11299205000/1160-03 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade de Saúde da Família, do município de Brasilândia – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26910004.
049/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11408686000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde, do município de Bernardo Sayão – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 24290003.
050/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 01/2016, de 10 de março de 2016.
051/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 02/2016, de 10 de março de 2016.
052/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 03/2016, de 10 de março de 2016.
053/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 04/2016, de 10 de março de 2016.
054/2016	Dispõe sobre o Incremento de Custeio nas Ações e Serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) para 18 (dezoito) Hospitais de Gestão e Gerência da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins.
055/2016	Dispõe sobre a Celebração do Convênio por meio do Processo No. 3.790/2016, para Financiamento do 4o Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde e o 2o Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do Tocantins para o ano de 2016.

056/2016	Dispõe sobre a Abrangência do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional do município de Araguaína – TO.
057/2016	Dispõe sobre o Incremento de Custeio nas Ações e Serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) para 18 (dezoito) Hospitais de Gestão e Gerência da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins.
068/2016	Dispõe sobre a Celebração do Convênio por meio do Processo No. 3.790/2016, para Financiamento do 4o Congresso Norte e Nordeste de Secretarias Municipais de Saúde e o 2o Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do Tocantins para o ano de 2016.
059/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11478207000/116001 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade de Saúde da Família II do município de São Miguel do Tocantins – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26910004.
060/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Posto de Saúde Trevo do Tocantins, Unidade de Saúde da Família Bela Vista, Unidade de Saúde da Família Casego, Unidade de Saúde da Família João Manoel dos Santos, Unidade de Saúde da Família Pedroso, Unidade de Saúde da Família Sevilha, Unidade de Saúde da Família Sol Nascente, Unidade de Saúde da Família Vila Nova, e Unidade de Saúde da Família Waldir Lins, do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 26890003.
061/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336.672000/115009 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD III Vida Nova, e CAPS III 24 horas do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 81001421.
062/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1160-01 para Construção do Centro Especializado em Reabilitação (CER), tipo II, Física e Intelectual, do município de Gurupi – TO, referente à Recurso de Programa.
063/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-08 para Construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
064/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto (SICONV) No. 049449/2015 para Construção de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), tipo III, do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
065/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1140-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para: Posto de Saúde Trevo do Tocantins, Unidade de Saúde da Família Bela Vista, Unidade de Saúde da Família Casego, Unidade de Saúde da Família João Manoel dos Santos, Unidade de Saúde da Família Malvinas, Unidade de Saúde da Família Parque das Acácias, Unidade de Saúde da Família Pedroso, Unidade de Saúde da Família São José, Unidade de Saúde da Família Sevilha, Unidade de Saúde da Família Sol Nascente, Unidade de Saúde da Família Vila Nova, e Unidade de Saúde da Família Waldir Lins, referente à Emenda Parlamentar No. 12010012.
066/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-06 para Construção da Unidade Básica de Saúde Nova Fronteira do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
067/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-02 para Construção da Unidade Básica de Saúde Parque das Acácias II do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
068/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1140-09 para Construção da Unidade Básica de Saúde Pedroso do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
069/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-03 para Construção da Unidade Básica de Saúde Sol Nascente do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
070/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 11336672000/1150-04 para Construção da Unidade Básica de Saúde UNIRG do município de Gurupi – TO, referente à Emenda Parlamentar.
071/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11372183000/1140-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Nova Unidade Básica de Saúde do município de Itacajá – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 26890005.
072/2016	Dispõe sobre o Repasse de Recursos Financeiros da Vigilância em Saúde para Implementação de Ações Emergenciais de Prevenção e Controle, que Objetivem o Combate ao Vetor Aedes aegypti e, por conseguinte, a Redução de Casos de Dengue, Chikungunya e Zika nos 139 (cento e trinta e nove) municípios do Estado do Tocantins.
073/2016	Dispõe sobre o Questionário de Governança e Gestão em Saúde – Ciclo 2016 – Comissão Intergestores Bipartite/TO, trabalho realizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Tocantins em cooperação com o Instituto Rui Barbosa e o Tribunal de Contas da União, apoiado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

074/2016	Dispõe sobre a Habilitação dos Laboratórios Modelo e Cobra para realização de Exames de Citopatologia no município de Porto Nacional – TO.
075/2016	Dispõe sobre a Descentralização da Gestão de Ações e Serviços de Saúde para o município de Goianorte – TO.
076/2016	Dispõe sobre a aprovação do Termo de Cessão para Liberação dos bens móveis Bomba Costal Motorizada e Microscópios nos municípios do Estado do Tocantins.
077/2016	Dispõe sobre a Reprogramação de Tetos Físico e Financeiro pactuados na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins referente ao Serviço Ambulatorial de Média e Alta Complexidade por Referência.
078/2016	Dispõe sobre a Execução e o Financiamento de contrapartida Estadual para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Regionais do Estado do Tocantins no ano de 2016.
079/2016	Dispõe sobre a Execução da Complementação do Recurso Estadual e o Financiamento do Elenco de Referência de Medicamentos da Saúde Mental dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Tocantins no ano de 2016.
080/2016	Dispõe sobre o Questionário de Governança e Gestão em Saúde – Ciclo 2016 – Comissão Intergestores Bipartite – TO, trabalho realizado pelo Tribunal de Contas do Estado do Tocantins em cooperação com o Instituto Rui Barbosa e o Tribunal de Contas da União, apoiado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONASS).
081/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12244611000/1140-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade de Saúde da Família Divino Espírito Santo no município de Natividade – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 29180006.
082/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12244611000/1140-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Hospital de Pequeno Porte Dr. Frederico Nunes da Silva no município de Natividade – TO, referente à Emenda Parlamentar No. 29180007.
083/2016	Dispõe sobre a Ratificação de Endereço da Construção de Unidade Básica de Saúde, no município de Novo Alegre – TO, referente à Proposta de Projeto No. 11740265000/1130-01.
084/2016	Dispõe sobre a Ratificação de Endereço da Construção de Unidade Básica de Saúde, no município de Praia Norte – TO, referente à Proposta de Projeto No. 11420797000/1130-01.
085/2016	Dispõe sobre o Repasse de Incentivo Financeiro do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para Pagamento de Diárias de Campo aos Vacinadores da Campanha de Vacinação Antirrábica Animal do ano de 2016, no Estado do Tocantins.
086/2016	Dispõe sobre o Termo de Cessão de Crédito para Pagamento das Contribuições Institucionais das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins devidas ao Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Tocantins – COSEMS – TO.
087/2016	Dispõe sobre a Redefinição dos Percentuais da Programação Pactuada e Integrada – PPI – dos Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial dos municípios de Araguaína, Guaraí, Gurupi, Miracema do Tocantins, Palmas, Paraíso do Tocantins, e Porto Nacional.
088/2016	Dispõe sobre a Requalificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – do município de Palmas – TO.
089/2016	Dispõe sobre a Manutenção da Habilitação da Central de Regulação de Urgências (CRU) para população de até 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes da regional de Palmas – TO.
090/2016	Dispõe sobre a Aprovação do Recurso previsto na Portaria Interministerial MS/GM N°. 405/2016, de 15 de março de 2016.
091/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Utilização de Resíduo de Licitação e Saldo de Aplicação, recursos do Componente de Construção de Unidade Básica de Saúde (UBS) do 2º Ciclo do 2º Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2), para a Construção de Casa de Força – Casa do Grupo Gerador de Energia da UBS – (Gerador de Energia Elétrica) da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Tupirama – TO, referente à Proposta de Projeto N°. 11893009000/1130-01.
092/2016	Dispõe sobre a Programação Anual das Ações em Vigilância Sanitária dos municípios de: Abreulândia, Aguiarnópolis, Aliança do Tocantins, Alvorada, Ananás, Angico, Aparecida do Rio Negro, Araguacema, Araguaína, Araganã, Araguaçu, Aragominas, Arapoema, Arraias, Augustinópolis, Aurora do Tocantins, Araguaatins, Axixá do Tocantins, Babaçulândia, Bandeirante do Tocantins, Barra do Ouro, Barrolândia, Bernardo Sayão, Brasilândia do Tocantins, Brejinho de Nazaré, Bom Jesus do Tocantins, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Campos Lindos, Cariri, Carmolândia, Carrasco Bonito, Caseara, Centenário, Chapada da Natividade, Chapada de Areia, Colinas do Tocantins, Colméia, Combinado, Conceição do Tocantins, Couto Magalhães,

	Cristalândia, Crixás, Darcinópolis, Dianópolis, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos, Dueré, Fátima, Figueirópolis, Filadélfia, Fortaleza do Tabocão, Goianorte, Goiatins, Guaraí, Gurupi, Itacajá, Itaguatins, Itapiratins, Itaporã, Ipueiras, Jaú do Tocantins, Juarina, Lagoa da Confusão, Lagoa do Tocantins, Lajeado do Tocantins, Lavandeira, Lizarda, Luzinópolis, Maurilândia, Marianópolis, Miracema do Tocantins, Miranorte, Monte do Carmo, Monte Santo, Natividade, Nazaré, Nova Olinda, Nova Rosalândia, Novo Alegre, Novo Jardim, Oliveira de Fátima, Pau D'Arco, Palmas, Palmeiras, Palmeirante, Palmeirópolis, Paraíso do Tocantins, Paranã, Peixe, Pedro Afonso, Pequizeiro, Pindorama, Pium, Ponte Alta do Tocantins, Porto Alegre do Tocantins, Porto Nacional, Praia Norte, Presidente Kennedy, Pugmil, Recursolândia, Riachinho, Rio da Conceição, Rio dos Bois, Rio Sono, Sandolândia, Santa Fé do Araguaia, Santa Maria do Tocantins, Santa Rita do Tocantins, Santa Rosa do Tocantins, Santa Tereza do Tocantins, Santa Terezinha do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Sebastião do Tocantins, São Valério, São Bento do Tocantins, Silvanópolis, Sítio Novo do Tocantins, Sucupira, Taguatinga, Talismã, Tocantinópolis, Tocantínia, Tupirama, Tupiratins, Wanderlândia, e Xambioá, do Estado do Tocantins, referente o ano de 2016.
093/2016	Dispõe sobre a RESOLUÇÃO – CIB No. 074/2016, de 03 de junho de 2016, Ad Referendum que Dispõe sobre a Habilitação dos Laboratórios Modelo e Cobra para realização de Exames de Citopatologia no município de Porto Nacional – TO.
094/2016	Dispõe sobre a RESOLUÇÃO – CIB No. 085/2016, de 07 de junho de 2016, Ad Referendum que Dispõe sobre o Repasse de Incentivo Financeiro do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para Pagamento de Diárias de Campo aos Vacinadores da Campanha de Vacinação Antirrábica Animal do ano de 2016, no Estado do Tocantins.
095/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Pactuação/Convênio para Repasse de Recursos entre os Estados do Tocantins e do Maranhão referentes aos Serviços de Radioterapia e Braquiterapia.
096/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Proposta de Nova Abrangência do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST – Regional do município de Araguaína – TO.
097/2016	Dispõe sobre o Remanejamento de Tetos Físicos e Financeiros do Município de Monte Santo – TO na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins.
098/2016	Dispõe sobre a Habilitação da empresa CDA – Centro de Diagnóstico em Anatomia Patológica e Citopatológica – para a realização de exames citopatológicos no município de Palmas - TO.
099/2016	Dispõe sobre a Implantação de 09 (nove) Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Palmas - TO.
100/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 05/2016, de 17 de junho de 2016.
101/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 06/2016, de 17 de junho de 2016.
102/2016	Dispõe sobre o CONSENSO CIES/CIB – TO No. 07/2016, de 17 de junho de 2016.
103/2016	Dispõe sobre Alteração de tipo de estabelecimento no município de Dois Irmãos do Tocantins - TO.
104/2016	Dispõe sobre Homologação do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES Número 5169917 para a nova UBS Félix Carreiro da Glória no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO.
105/2016	Dispõe sobre o Remanejamento de Tetos Físicos e Financeiros na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins dos seguintes municípios do Estado do Tocantins: Alvorada do Tocantins, Aliança do Tocantins, Araguaçu, Brejinho de Nazaré, Cariri do Tocantins, Chapada da Natividade, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Dueré, Fátima, Figueirópolis, Ipueiras, Monte do Carmo, Mateiros, Natividade, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pindorama, Ponte Alta do Tocantins, Porto Alegre do Tocantins, Porto Nacional, Peixe, Santa Rosa do Tocantins, São Valério do Tocantins, Silvanópolis, Sítio Novo, e Talismã do Tocantins.
106/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Pactuação de Recursos entre a Gestão Estadual e as Gestões Municipais do Estado do Tocantins conforme o Projeto de Cirurgias Oftalmológicas Eletivas.
107/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Implantação de 05 (cinco) leitos da Linha do Cuidado do Acidente Vascular Cerebral, e 01 (um) leito da Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Hospital Geral Público de Palmas – Dr. Francisco Ayres em Palmas – TO (HGPP).
108/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Habilitação e Implantação de 19 (dezenove) Leitos de Retaguarda no Hospital Regional de Porto Nacional no município de Porto Nacional - TO.

109/2016	Dispõe sobre a Aprovação da Habilitação e Implantação de 29 (vinte e nove) Leitos de Retaguarda no Hospital Regional de Paraíso no município de Paraíso do Tocantins - TO.
110/2016	Dispõe sobre a Revogação da RESOLUÇÃO – CIB No 22/2016, de 23 de março de 2016, que Dispõe sobre a Mudança de Porte II para Porte III com Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA NORTE) do município de Palmas - TO.
111/2016	Dispõe sobre a Revogação da RESOLUÇÃO – CIB No 23/2016, de 23 de março de 2016, que Dispõe sobre a Mudança de Porte II para Porte III com Renovação da Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento SUL (UPA SUL) do município de Palmas - TO.
112/2016	Dispõe sobre a Habilitação e Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA SUL) do município de Palmas – TO em Unidade de Porte III Regionalizada.
113/2016	Dispõe sobre a Qualificação da Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA NORTE) do município de Palmas – TO em Unidade de Porte II.
114/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12254356000/1150-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Centro de Saúde de Araguaçu - TO
115/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12254356000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Centro de Saúde de Araguaçu - TO.
116/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12254356000/1160-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Posto de Saúde de Baionópolis no município de Araguaçu - TO.
117/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto No. 12844985000/1140-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Fundo Municipal de Saúde do município de Novo Jardim - TO.
118/2016	Dispõe sobre a Retificação do Modelo de Ar – Condicionado da Proposta de Projeto N°12884985000/1140-05.
119/2016	Dispõe sobre a Retificação da PORTARIA/SES/GABSEC N°. 888/2016, de 20 de junho de 2016, e Retificação da RESOLUÇÃO – CIB N°. 079/2016.
120/2016	Dispõe sobre a Execução da Complementação do Recurso Estadual e o Financiamento do Elenco de Referência de Medicamentos Atualizado da Saúde Mental dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado do Tocantins no ano de 2016.
121/2016	Dispõe sobre a Ratificação de Endereço da Construção de Unidade Básica de Saúde – UBS I, no município de Novo Jardim do Tocantins – TO, referente à Proposta de Projeto No. 12844985000/1140-06.
122/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Projeto de Doação de Veículos: Critérios para Seleção e Municípios Selecionados do Estado do Tocantins.
123/2016	Dispõe sobre a Retificação e Atualização da RESOLUÇÃO – CIB N°. 112/2016, e Inclusão de Tabela de Municípios da Regionalização da Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA – SUL) de Palmas – TO.
124/2016	Dispõe sobre a Habilitação de 04 (quatro) leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Gurupi - TO.
125/2016	Dispõe sobre a Habilitação de 04 (quatro) leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Dianópolis – TO.
126/2016	Dispõe sobre a Habilitação de 05 (cinco) leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Porto Nacional - TO.
127/2016	Dispõe sobre o Recurso previsto na Portaria Interministerial N°. 405/2016, de 15 de março de 2016, que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.
128/2016	Dispõe sobre o Remanejamento de Tetos Físicos e Financeiros na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins para os Municípios de: Alvorada, Guaraí, Sítio Novo do Tocantins e Tupirama.
129/2016	Dispõe sobre o Projeto de Doação de Veículos: Critérios para Seleção e Municípios Selecionados do Estado do Tocantins.
130/2016	Dispõe sobre a Retificação e Atualização da RESOLUÇÃO – CIB N°. 112/2016, e Inclusão de Tabela de Municípios da Regionalização da Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA – SUL) de Palmas – TO.
131/2016	Dispõe sobre a Implantação de 10 (dez) Equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de Palmas – TO.

132/2016	Dispõe sobre a Implantação de 12 (doze) Equipes da Estratégia de Saúde Bucal (ESB), Modalidade I, no município de Palmas – TO.
133/2016	Dispõe sobre a Implantação de 01 (uma) Equipe de Consultório de Rua no município de Palmas – TO.
134/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11252797000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Pronto Atendimento do município de Couto Magalhães – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 26910004.
135/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11252797000/1160-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Rural do município de Couto Magalhães – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 26910004.
136/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11252797000/1160-04 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Pronto Atendimento e a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Rural do município de Couto Magalhães – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 26910004.
137/2016	Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11252797000/1160-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Pronto Atendimento e a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Rural do município de Couto Magalhães – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 26910004.
138/2016	Dispõe sobre a Retificação de Endereço da Ordem de Início de Serviço para Construção de Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Novo Alegre do Tocantins – TO, referente à Proposta de Projeto N°. 11740265000/1130-01.
139/2016	Dispõe sobre o Manifesto Contrário, da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, por meio da Superintendência de Vigilância, Promoção e Proteção à Saúde - SVPPS, a pulverização aérea no combate ao Aedes no Estado.
140/2016	Dispõe sobre a habilitação do estabelecimento Vision Laser – Centro de Correção Visual LTDA – ME, CNPJ No 13.351.412./0001-18, CNES 7024010, para realizar os procedimentos de glaucoma, para os 14 (quatorze) municípios que compõem a Região de Saúde Capim Dourado, conforme Portaria No 920, de 15 de dezembro de 2011.
141/2016	Dispõe sobre Emendas Parlamentares: Propostas para estruturação das Unidades de Atenção Secundária em Saúde (Centro Municipal de Atenção à Saúde, Ambulatório Municipal de Atenção a Saúde, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Urgência e Emergência do município de Palmas – TO:
142/2016	Dispõe sobre Implantação de 08 (oito) Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 04 (quatro) Equipes de Saúde Bucal(ESB) e 01 (uma) Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Modalidade I, no Município de Palmas Tocantins.
143/2016	Dispõe sobre Credenciamento de 86 (oitenta e seis) Agentes Comunitário de Saúde/ACS para adequar ao teto atual do Ministério da Saúde que são de 613 (seiscentos e treze), ACSs no município de Palmas – TO.
144/2016	Dispõe sobre Implantação de 01 (uma) Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Modalidade III, no Município de Taipas Tocantins.
145/2016	Dispõe sobre a proposta de Projeto No 11783.200000/1140-01, para Aquisição de Equipamento/Material Permanente para a Unidade de Saúde Centro de Saúde Benedito Botelho no Município de Santa Maria do Tocantins.
146/2016	Dispõe sobre a aprovação das Metas dos Indicadores da pactuação interfederativa em Âmbito Estadual, relativo ao ano de 2016.
147/2016	Dispõe sobre a aprovação da Habilitação de 05 (cinco) Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal Tipo II, com Qualificação de 02 (dois) leitos, do Hospital e Maternidade Cristo Rei, em Palmas - TO.
148/2016	Dispõe sobre a aprovação da Habilitação de 06 (seis) Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica Tipo II, com Qualificação de 04 (quatro) leitos, do Hospital e Maternidade Cristo Rei, em Palmas - TO.
149/2016	Dispõe sobre a aprovação da Implantação de Unidade Sentinela LER/DORT no Centro Municipal de Fisioterapia Rivaldo Ferreira Miranda no município de Araguaína – TO, conforme Portaria GM/MS N°. 2.728/2009.
150/2016	Dispõe sobre a Aprovação do Elenco de Referência de Medicamentos de Saúde Mental dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS do Estado do Tocantins em 2017, e dos Recursos Financeiros a serem transferidos, em 2017, do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde de municípios do Estado do Tocantins considerando o território de abrangência.

151/2016	Dispõe sobre a Aprovação dos Recursos Financeiros da contrapartida Estadual para custeio das ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Regionais do Estado do Tocantins no ano de 2017.
152/2016	Dispõe sobre a Autorização para utilização dos rendimentos restantes do Empenho da Proposta de Projeto No. 11348280000/1130-01, de construção da Unidade Básica de Saúde do Jardim Planalto, no Município de Araguacema - TO, com finalidade de Construção do Muro da própria unidade.
153/2016	Dispõe sobre o Quantitativo de Vagas dos Cursos de: Gestão da Clínica, Regulação em Saúde, e Vigilância em Saúde (MS/IEP/Sírio Libanês) das Regiões de Saúde contempladas: Ilha do Bananal e Amor Perfeito, no Estado do Tocantins.
154/2016	Dispõe sobre o Projeto de Fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Município de Almas - TO.
155/2016	Dispõe sobre o Remanejamento de Tetos Físicos e Financeiros do Município de Chapada de Natividade, na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) do Estado do Tocantins.
156/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 13849028000/1160-15 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente para Hospital Geral Público de Palmas - To e Hospital Regional de Paraíso do Tocantins – To.
157/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 13849028000/1160-14 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanente para Hospital Regional de Augustinópolis, Hospital Regional de Gurupi, e Hospital Regional de Porto Nacional - To.
158/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 13849028000/1160-17 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para as Unidade de Hematologia e Hematoterapia do Hemocentro Regional de Araguaína - To.
159/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 913849/16-014 para Financiamento de Reforma do Hemocentro Regional de Araguaína - To.
160/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 913849/16-015 para Financiamento de Reforma do Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos em Palmas - To.
161/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 913849/16-013 em substituição à Proposta de Projeto N°913849/15-001 referente a Recurso de Programa para o Hemocentro Coordenador de Palmas - To.
162/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 11740265000/1160-02 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Centro Municipal de Saúde de Novo Alegre - To.
163/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 11740265000/1160-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Centro Municipal de Saúde de Novo Alegre - To.
164/2016	Dispõe sobre a Pactuação Interestadual entre o Estado do Tocantins e o Município de Goiânia – GO, para transferência dos usuários do Tocantins para Goiânia em atendimento de Média e Alta Complexidade, para vigorar a partir da competência março de 2017.
165/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação da Nota Técnica no 02 sobre o Alerta para os Critérios de Identificação e Vigilância de Contatos de Hanseníase, de 14 de novembro de 2016, da SES-TO/SVPPS/DVEDTNT/GDT/AAH.
166/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Projeto de Cirurgia Eletiva de Pediatria para o Município de Araguaína.
167/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Acordo de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e o Município de Araguaína – TO.
168/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Acordo de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e o Município de Gurupi – TO.
169/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Acordo de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e o Município de Paraíso do Tocantins.
170/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Acordo de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e o Município de Palmas – TO.
171/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação do Acordo de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e o Município de Porto Nacional – TO.
172/2016	Dispõe sobre a Pactuação e Aprovação dos Acordos de Competências das Ações de Vigilância Sanitária entre a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e os municípios de: Dianópolis, Goiatins, Novo Alegre do Tocantins, Barrolândia, Aguiarnópolis, Presidente Kennedy, Divinópolis, Alvorada, Araguanã, Bandeirantes do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Cachoeirinha, Chapada de Areia, Aliança do Tocantins, Aurora do Tocantins, Carmolândia, Darcinópolis, Fátima, Maurilândia, Porto Alegre do Tocantins, Santa Tereza do Tocantins,

	Taguatinga, Arraias, Conceição do Tocantins, Ipueiras, Jaú do Tocantins, Pedro Afonso, Piraquê, São Sebastião do Tocantins, Santa Rita do Tocantins, Ananás, Wanderlândia, Natividade, Monte Santo, Centenário, São Valério, Sandolândia, Augustinópolis, Rio dos Bois, Pugmil, Araguaçu, e Xambioá.
173/2016	Dispõe sobre a Homologação do Consenso CIES-CIB-TO No 08/2016, de 11 de novembro de 2016. Que Dispõe sobre proposta do Curso de Sensibilização do Método Canguru na Atenção Básica.
174/2016	Dispõe sobre a Homologação do Consenso CIES-CIB-TO No 09/2016, de 11 de novembro de 2016. Que Dispõe sobre proposta do Curso de Cuidados Paliativos e repactuação de recursos financeiros de PROFAPS para execução.
175/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Projeto No. 36000982140201600, cadastrada no FNS (Fundo Nacional de Saúde), da Emenda Parlamentar no 26930014 no valor de R\$ 200.000,00 (Duzentos Mil Reais), referente à Recurso de Incremento da MAC (Média e Alta Complexidade).
176/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Aquisição de Equipamentos e Material Permanente no. 13973.5520001/16-003, no valor de R\$ 141.550,00 (cento e quarenta e um mil e quinhentos e cinquenta reais) via Emenda Parlamentar no 36950009 destinada ao Hospital de Pequeno Porte Antonio Rodrigues Araújo de Dueré – TO.
177/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta de Aquisição de Equipamentos e Material Permanente no. 13973.5520001/16-004, no valor de R\$ 31.050,00 (Trinta um mil e cinquenta reais) via Emenda Parlamentar no 36950009 destinada ao Hospital de Pequeno Porte Antonio Rodrigues Araújo de Dueré – TO.
178/2016	Dispõe sobre a Homologação da Proposta referente à compra de 01 (uma) ambulância no valor de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), sendo R\$ 100.000,00 (cem mil reais) do convênio no 014/2015 oriundo de emenda parlamentar e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) de contrapartida do Município de Bernardo Sayão.

ANEXO VIII

Resoluções do Conselho Nacional de Saúde em 2016

Número	Matéria
506/2016	Aprovar a seguinte Resolução referente ao processo de acreditação de comitês de ética em Pesquisa (CEP) que compõem o Sistema CEP/Conep.
507/2016	Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final.
508/2016	Assegurar à Presidência e à Mesa Diretora do CNS, ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, a competência de convocar, extraordinariamente, as conselheiras e os conselheiros, titulares e suplentes, quando suas presenças se fizerem necessárias em atividades deste Conselho Nacional de Saúde - CNS, nas reuniões dos fóruns dos usuários e dos trabalhadores, bem como de sua representação em outros espaços institucionais, com vistas a facilitar a tramitação da proposição de viagens e diárias junto ao Ministério da Saúde
509/2016	Aprovar a seguinte Resolução referente à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2017 da União.
510/2016	Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.
511/2016	Determinar à Agência Nacional de Saúde Suplementar que adote as providências cabíveis no sentido de averiguar a responsabilidade e negligência da UNIMED na apuração do caso supramencionado.
512/2016	Que o Conselho Nacional de Saúde participará da cooperação que envolve a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Rede Unida, a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde, com o objetivo de seguir desenvolvendo o “#susconnecta”
513/2016	Alterar o seguinte artigo do Regimento do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução no 407, de 12 de setembro de 2008, que trata das Comissões, que passa a ter a seguinte redação
514/2016	Aprovar, ad referendum, que a indicação e a aprovação dos nomes para a Secretaria-Executiva e para a Secretaria-Executiva Adjunta do Conselho Nacional de Saúde são de competência do Plenário do CNS.
515/2016	Posicionar-se contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância (EaD), pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes profissionais possam causar à sociedade, imediato, a médio e a longo prazos, refletindo uma formação inadequada e sem integração ensino/serviço/comunidade
516/2016	Aprovar a reestruturação da CISMU, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes constituída da seguinte forma:
517/2016	Aprovar a reestruturação da CIVS, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 15 (quinze) suplentes
518/2016	Aprovar a reestruturação da CISB, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes
519/2016	Aprovar a reestruturação da CISI, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 15 (quinze) titulares e 10 (dez) suplentes
520/2016	Aprovar a reestruturação da CIAN, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes
521/2016	Aprovar a reestruturação da CIASCV, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
522/2016	Aprovar a reestruturação da CIASPD, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes

523/2016	Aprovar a reestruturação da CIASPP, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
524/2016	Aprovar a reestruturação da CICTAF, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
525/2016	Aprovar a reestruturação da CIEPCSS, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes
526/2016	Aprovar a reestruturação da CIPPE, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
527/2016	Aprovar a reestruturação da CIPPSPICS, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
528/2016	Aprovar a reestruturação da CIRHRT, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) titulares e 17 (dezesete) suplentes
529/2016	
530/2016	Aprovar a reestruturação da CISTT, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 18 (dezoito) titulares e 16 (dezesesseis) suplentes
531/2016	Aprovar a reestruturação da COFIN, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 16 (dezesesseis) titulares e 14 (catorze) suplentes
532/2016	Extinguir as seguintes Comissões
533/2016	Aprovar o Relatório Anual de Gestão 2015 do Ministério da Saúde, que acompanha esta Resolução, com as ressalvas e recomendações contidas no Parecer Técnico Conclusivo da COFIN/CNS que foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde na Ducentésima Octogésima Terceira Reunião Ordinária de 6, 7 e 8 de julho de 2016.
534/2016	Posicionar se contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os investimentos públicos em saúde;
535/2016	Aprovar o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
536/2016	Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM, para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 12 (doze) titulares e 10 (dez) suplentes
537/2016	Aprovar o Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.
538/2016	Aprovar o Cronograma e publicar o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu) e dá outras providências.
539/2016	Aprovar o Cronograma da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) e publicar o Anexo I previsto no artigo 22 do Regimento da 1ª CNVS e dá outras providências.

Recomendações do Conselho Nacional de Saúde em 2016

Número	Matéria
001/2016	Recomenda à Presidenta da República Dilma Rousseff e ao Ministro da Saúde, Marcelo Castro: Que seja mantido o compromisso do governo federal com a continuidade e qualificação do SUS, e que nenhuma reforma seja feita no sentido de retroceder aos direitos conquistados. Por fim, reafirmamos que “Direito garantido não se compra e nem se vende, o SUS é nosso e ninguém tira da gente”.
002/2016	Recomenda às autoridades do Estado de São Paulo e da Universidade de São Paulo: 1. A imediata contratação de profissionais pelo Reitor da USP, Prof. Dr. Antonio Carlos Zago, para repor e ampliar o quadro nesses serviços visando a qualidade e manutenção do ensino, da pesquisa, da extensão e da assistência à saúde. 2. A garantia de repasse de recursos financeiros pelo Governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, e pelo Secretário do Estado da Saúde, Dr. David Everson Uip, para garantir o pleno funcionamento dos equipamentos de saúde da universidade. 3. A assinatura urgente do convênio entre a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e a Prefeitura de São Paulo para a parceria e integração efetiva do Centro de Saúde-Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa ao Sistema Único de Saúde. 4. O diálogo entre a Administração Universitária e os servidores Técnico-Administrativos, Docentes e Discentes, reconhecendo o direito de greve e a garantia do que é o desejo de todas e todos: uma universidade pública, gratuita de qualidade.
003/2016	Recomenda à Presidência da República, ad referendum do Pleno do CNS: O veto ao art. 1o, §3o, IV da Medida Provisória n.o 712-A de 2016, convertida no Projeto de Lei de Conversão n.o 9/2016, assim como a rejeição de qualquer outra iniciativa que pretenda a pulverização aérea de inseticidas para o controle do mosquito transmissor dos vírus da Zika, da dengue e das febres chikungunya e amarela sob o risco de desequilíbrio do meio ambiente e incidência de outras doenças nos seres humanos.
004/2016	Recomenda aos Senadores da República, ad referendum do Pleno do CNS: Que rejeitem o PLS 350/2014, já que essa proposição legislativa reapresenta itens vetados quando da sanção da Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, tendo em vista que os vetos foram mantidos pelo Congresso Nacional, na 17a Sessão Deliberativa, em 20/08/2013.
005/2016	Recomenda ao Presidente da República a adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal: 1 – Rever o entendimento incorreto da área econômica do governo sobre dispositivo da Lei Complementar no 141/2012 (artigo 24, §§1o e 2o), de que somente são compensados restos a pagar cancelados referentes a empenhos emitidos a partir de 2012, quando a compensação correta é de todos os restos a pagar cancelados a partir de 2012; 2 - Aplicar adicionalmente ao valor mínimo de 2016 em ações e serviços públicos de saúde, nos termos da Lei Complementar no 141/2012, o saldo dos restos a pagar cancelados a partir de 2012 que ainda estão pendentes de compensação; 3 - Avaliar a real possibilidade de execução em 2016 dos Restos a Pagar, fator preocupante por se tratarem de despesas, na maioria, do período de 2003 a 2014; 4 – Não manter contingenciados recursos orçamentários e não manter limites de pagamentos de despesas com ações e serviços públicos de saúde que caracterizem restrição ao atendimento às necessidades de saúde da população e ao cumprimento dos valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para transferências aos Estados e Municípios em 2016, caracterizando uma situação que se observa nos últimos 15 anos, de que o valor mínimo tornou-se o valor máximo, fazendo com que a aplicação federal ficasse estagnada em torno de 1,7% do PIB neste período, diferentemente do que ocorreu nos Estados e, principalmente, nos Municípios; 5 – Rever a baixa execução orçamentária e financeira dos itens a seguir da planilha analisada pelo CNS: item 11 (INCA); item 24 (REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários); itens 31 (SAMU), 32 (Saúde da Mulher, Criança, adolescente e Jovem) e 37 (Ações de Vigilância Epidemiológica); item 41 (Reaparelhamento das Unidades do SUS) do Fundo Nacional de Saúde; e item 58 (Saneamento Básico – Demais Ações), da Fundação Nacional de Saúde; 6 – Informar ao Conselho Nacional de Saúde, mensalmente, os valores das contas bancárias do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades orçamentárias vinculadas ao Ministério da Saúde, bem como a existência de recursos financeiros correspondentes ao saldo de Restos a Pagar e dos

	<p>empenhos a pagar, sob a ótica do artigo 14 e do artigo 24 e seus incisos I e II da Lei Complementar no 141/2012; 7 – Informar ao Conselho Nacional de Saúde os valores pactuados na CIT para transferência de recursos financeiros para Estados, DF e Municípios em 2016, identificando os valores por bloco de financiamento, por Unidade da Federação e por Município de cada Unidade da Federação, tendo em vista que a CIT ainda não concluiu os estudos sobre os novos critérios de rateio para submeter à deliberação do CNS, nos termos do artigo 17 da Lei Complementar no 141/2012, que deverão superar a lógica vigente da produção e/ou capacidade instalada; 8 - Apresentar as receitas correntes (bruta e líquida) e total da União, bem como as projeções atualizadas para o exercício de 2016, nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde, encaminhados para avaliação do Conselho Nacional de Saúde; 9 – Apresentar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde uma avaliação de impacto regional sobre as condições de saúde da população decorrentes das transferências de recursos do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios para custeio e investimento, bem como um resumo executivo das obras concluídas e em andamento financiadas com recursos do Ministério da Saúde; 10 – Apresentar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde os aspectos da gestão de compras de medicamentos, materiais e outros insumos, como por exemplo, comparação entre os preços adquiridos e os praticados no mercado (por exemplo, por meio do Banco de Preços do Ministério da Saúde, coordenado pelo DESID/MS), bem como os impactos da variação cambial para a gestão orçamentária e financeira do Ministério da Saúde; 11 – Informar mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde os valores pagos referentes às demandas judiciais e as ações que estão sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para evitar a duplicação de pagamentos entre os três entes federados; 12 – Informar nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais do Ministério da Saúde encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde a alocação e a execução de recursos orçamentários e financeiros específicos para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do SUS nos 3 níveis de atenção à saúde.</p>
006/2016	<p>Recomenda ao Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS que: 1. Seja atualizada a Portaria n.o 3.394, de 30 de dezembro de 2013, especialmente o art. 3o, com vistas a incluir todos os tipos de câncer; 2. Os estabelecimentos públicos e privados, para receber os recursos de custeio, informem os procedimentos diagnósticos de todos os tipos de câncer no SISCAN (art. 3o, §3o da Portaria); 3. Seja estabelecido prazo improrrogável de 120 dias para que seja gerado exclusivamente pelo SISCAN o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPA-I) (art. 7o da Portaria); 4. Sejam criados centros regionais de diagnóstico precoce de câncer no SUS garantindo desde exames básicos até os mais avançados, principalmente biópsia; 5. Sejam revisados dos tetos físico e financeiros dos estados e municípios em gestão plena e Distrito Federal do sistema para adequar as necessidades da demanda; 6. Sejam criadas notificações obrigatórias de ocorrência de casos de câncer dentro do sistema de notificação de agravos e doenças não transmissíveis.</p>
007/2016	<p>Recomenda: Ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário - MDSA que não interrompa a entrega de alimentos às comunidades indígenas em situação de insegurança alimentar, em especial as situações relacionadas à violação do Direito Humano à Alimentação Adequada, como os acampamentos indígenas predominantes nos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; situações de grave estiagem e seca como algumas regiões do Nordeste; e em outras onde há grave situação de vulnerabilidade alimentar, como em Minas Gerais entre os Maxacalis.</p>
008/2016	<p>Recomenda ao Presidente da Câmara dos Deputados e à Presidência da Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei n.o 6299 de 2002 - regula defensivos fitossanitários: 1. A rejeição do Projeto de Lei no 6.299/2002 e seus apensados; 2. Promover amplo debate nas 05 (cinco) regiões do país, por meio de audiências públicas, com o objetivo de divulgar e esclarecer sobre os impactos e riscos que estas proposições podem acarretar na saúde da população.</p>
009/2016	<p>Recomenda: Que as Comissões Intergestores Bipartite dos estados promovam o debate e deliberem pela não autorização da pulverização aérea de agrotóxicos como medida para controle do mosquito vetor da Dengue, Zika e Chikungunia.</p>
010/2016	<p>Recomenda: À Agência Nacional de Saúde Suplementar: 1. O aperfeiçoamento do seu sistema de comunicação entre prestadores, usuários e operadoras no sentido de que sejam disponibilizadas, aos beneficiários, informações de como proceder em caso de dificuldades de atendimento, e que oriente o contato com a operadora e de procura à ANS, nos casos de não ter dificuldade solucionada; 2. A inserção dos contatos das operadoras e da ANS nos cartões beneficiários, bem como os dias e horários</p>

	de atendimento; 3. A disponibilização de adesivos informativos, em locais visíveis dos prestadores dos serviços de saúde; 4. A orientação às operadoras para que elaborem e disponibilizem cartilhas contendo instruções de como agir em casos de problemas com atendimento;
011/2016	Recomenda: Ao Ministério Público Federal que interceda junto ao Poder Judiciário no sentido da propositura e adoção de medidas cabíveis que visem garantir a permanência das mães em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas junto de seus bebês sempre que possível, e se caso tenha necessidade de se promover a separação compulsória da mãe e bebê, que a mesma não ocorra sem antes esgotar todas as possibilidades de fortalecimento do vínculo familiar e sem considerar a proteção integral da mãe e do bebê juntos; e Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, gestores do SUS, por meio do CONASS e CONASEMS, e profissionais de saúde: 1. Que realizem o monitoramento da incidência ou não da retirada compulsória dos bebês de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas; 2. Que reconheça o papel fundamental do SUS na promoção de ações e nas articulações intersetoriais necessárias, a fim de resguardar o direito das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e de seus filhos recém-nascidos, a convivência familiar e comunitária como direito assegurado pelas normativas nacionais e internacionais; 3. Que sejam estabelecidos procedimentos específicos para atendimento das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos por se encontrarem em situação singular das demais mulheres e adolescentes, necessitando um atendimento diferenciado e humanizado.
012/2016	Recomenda: À Comissão Intersetorial de Saúde Indígena para que acompanhe e monitore a reestruturação do DSEI Alto Rio Negro, em São Gabriel da Cachoeira-AM.
013/2016	Recomenda: Ao Ministério da Saúde que reinstale o Grupo de Trabalho para atualização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
014/2016	Recomenda: À Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS incorpore, em seu planejamento, ações de capacitação para os conselheiros de saúde indígenas.
015/2016	Recomenda ao Presidente da República a adoção das seguintes medidas corretivas pelos Ministérios responsáveis, com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito federal: 1. Que os valores do orçamento do Ministério da Saúde que estão contingenciados sejam imediatamente liberados para empenhamento em ações e serviços públicos de saúde para garantir a prestação de serviços à população, especialmente para as transferências fundo a fundo para Estados e Municípios. 2. Que a movimentação financeira das despesas do MS (Administração Direta) seja feita exclusivamente por meio do Fundo Nacional de Saúde, inclusive com a transferência de recursos financeiros compatíveis com os saldos de empenhos a pagar e com os saldos dos restos a pagar existentes nesta data, cumprindo assim a exigência da Lei Complementar no 141/2012, especialmente os artigos 14 (unidade orçamentária e gestora) e 24 (comprovação da aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde); 3. Que os valores orçamentários disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio dos Decretos Presidenciais sejam informados mensalmente pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde; 4. Que o Ministério da Saúde esclareça mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde sobre todos os itens de despesas classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis durante as reuniões da COFIN/CNS, em que são analisadas as planilhas de execução orçamentária e financeira do MS. Observação: o esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados à população decorrente dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira; 5. Que o Ministério da Saúde esclareça mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde sobre todos itens de despesas classificados com nível preocupante durante as reuniões da COFIN/CNS em que são analisadas as planilhas de execução orçamentária e financeira do MS, uma vez que, para esses casos, a despesa projetada anualizada com base na execução orçamentária é maior que o valor da dotação atualizada; 6. Que o Ministério da Saúde apresente quadrimestralmente (nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas do 1o e 2o Quadrimestres) os critérios técnicos que serão utilizados para a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares individuais de execução orçamentária obrigatória, previstos pela EC 86/2015, à luz das diretrizes para o estabelecimento de prioridades do respectivo ano definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme determina a LC n.o 141/2012. 7. Que o Ministério da Saúde informe ao Conselho Nacional de Saúde na reunião ordinária de dezembro/2016, considerando os baixos níveis de pagamento de Restos a Pagar observado no período: Quanto é a previsão de pagamento até 31/12/2016? Qual é a previsão de cancelamento dos restos a pagar até 31/12/2016 e os impactos desse cancelamento para as condições de saúde da população? Quais ações

	<p>de saúde cujas despesas estão inscritas em restos a pagar não serão realizadas até o final de 2016 (ações orçamentárias) e os impactos dessa não realização para as condições de saúde da população?</p> <p>8. Que a área econômica do Governo Federal cumpra a Lei Complementar no 141/2012, tendo em vista que: o valor total dos restos a pagar cancelados em 2015 deverá ser compensado como aplicação adicional em 2016, bem como o que ainda falta compensar dos restos a pagar cancelados a partir de 2012; além disso, é necessário definir a adoção desse procedimento de compensação de forma regular nos primeiros meses de cada ano a partir de 2017, com a inclusão das respectivas dotações orçamentárias para esse fim; 9. Que a área econômica do governo federal disponibilize nas contas do Fundo Nacional de Saúde e das unidades da administração indireta do Ministério da Saúde, nos termos da LC n.o 141/2012, os valores referentes aos empenhos não pagos no respectivo ano e dos restos a pagar não pagos até o final do ano da inscrição/reinscrição: se houver o entendimento de que o princípio do caixa único se aplicaria para esses recursos no último dia de cada ano, esses valores deverão ficar disponíveis a partir do primeiro dia útil de cada ano subsequente ao do encerramento da execução orçamentária e financeira do ano anterior; 10. Que o Ministério da Saúde esclareça ao CNS na reunião ordinária de dezembro/2016 as razões do não cumprimento das metas do PNS/PAS 2016 até o 2o quadrimestre/2016 e as consequências para as condições de saúde da população, bem como oriente a área econômica para alocar recursos adicionais no orçamento 2017 para a realização das metas pendentes de 2016; 11. Que o Ministério da Saúde esclareça ao CNS as principais não conformidades detectadas nas auditorias realizadas e as providências adotadas para a regularização dos problemas.</p>
016/2016	<p>Recomenda ao Governo Federal, ao Governo do Estado de Minas Gerais, ao Ministério Público Federal, a Justiça Federal, ao Governo do Estado do Espírito Santo, ao Governo Municipal da Cidade de Mariana e os Ministérios Públicos de Minas Gerais e do Espírito Santo que adote as medidas cabíveis para: 1. Paralisar imediatamente a construção do Dique 4 em Bento Rodrigues, visto que o mesmo visa garantir a expansão minerária e não a contenção de lama da barragem; 2. Tombar a cidade de Bento Rodrigues como monumento histórico nacional; 3. Proibir permanentemente a construção de novas barragens de rejeitos a montante, inclusive as já aprovadas pelos órgãos governamentais; 4. Criar uma Força Tarefa Intersetorial, incluindo o SUS com toda a sua complexidade, como a saúde do trabalhador, o meio ambiente e a atenção primária, além de universidades, representantes dos trabalhadores, controle social e outros representantes da sociedade civil; 5. Articular com instituições de fiscalização e inspeção de barragens, com interdição de todas com riscos e/ou falta de documentos; 6. Garantir a responsabilização cível e penal dos proprietários de barragens abandonadas; 7. Proibir ou restringir a construção de barragens de rejeitos, caso exista povoamento em um raio mínimo de 10 quilômetros à jusante (abaixo); 8. Acompanhar a população exposta à lama com análise prospectiva da situação de saúde e trabalho dos municípios afetados.</p>
017/2016	<p>Ao Ministério da Saúde que efetive no cargo de Coordenação Nacional de Saúde Mental a atual servidora que o ocupa interinamente, para que possa ter maior capilaridade e resolutividade no cumprimento e respeito a uma política pública de Estado, aplicada ao campo da Saúde Mental, garantindo a plena implementação e investimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de acordo com os Decretos n.o 7.508/2011 e n.o 3.088/2011, bem como o compromisso do governo federal com a manutenção e continuidade da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas dentro dos princípios estabelecidos e ratificados pelas deliberações da 15a Conferência Nacional de Saúde, no Relatório Final e Moções da XVIII Reunião do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental e as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental. E a todo o controle social, que se manifeste pela Reforma Psiquiátrica: “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais!”</p>
018/2016	<p>Recomenda ad referendum do pleno: Que todas as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de ação direta de inconstitucionalidade, nos termos do artigo 103 da Constituição Federal, em relação ao artigo 105 da Emenda Constitucional n° 95, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde, bem como os governadores dos Estados e Distrito Federal, adotem essa providência ainda no presente exercício, de modo a evitar a redução dos valores da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde no período 2018-2036, nos termos da nova regra estabelecida por essa Emenda Constitucional recém promulgada.</p>