



SENADO FEDERAL

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

PAUTA DA 57ª REUNIÃO

(3ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura)

08/11/2017

QUARTA-FEIRA

imediatamente após a 56ª Reunião

Presidente: Senadora Marta Suplicy

Vice-Presidente: Senador Ronaldo Caiado



Comissão de Assuntos Sociais

**57ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA, DA 3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA
DA 55ª LEGISLATURA, A REALIZAR-SE EM 08/11/2017.**

57ª REUNIÃO, EXTRAORDINÁRIA
Quarta-feira, imediatamente após a 56ª

SUMÁRIO

ITEM	PROPOSIÇÃO	RELATOR (A)	PÁGINA
1	AVS 4/2014 - Não Terminativo -	SEN. VANESSA GRAZZIOTIN	12
2	PLC 77/2016 - Não Terminativo -	SEN. ANA AMÉLIA	124
3	PLC 82/2017 - Não Terminativo -	SEN. PAULO PAIM	154
4	PLS 274/2012 - Não Terminativo -	SEN. JOSÉ PIMENTEL	163
5	PLC 73/2011 - Terminativo -	SEN. HUMBERTO COSTA	188
6	PLS 185/2014 - Terminativo -	SEN. VALDIR RAUPP	202

7	PLS 292/2014 - Terminativo -	SEN. VANESSA GRAZZIOTIN	209
8	PLS 328/2015 - Terminativo -	SEN. PAULO PAIM	227
9	PLS 296/2016 - Terminativo -	SEN. HÉLIO JOSÉ	246
10	PLS 43/2017 - Terminativo -	SEN. AIRTON SANDOVAL	256
11	PLS 92/2017 - Terminativo -	SEN. PAULO PAIM	266
12	PLS 161/2017 - Terminativo -	SEN. DALIRIO BEBER	275

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

PRESIDENTE: Senadora Marta Suplicy

VICE-PRESIDENTE: Senador Ronaldo Caiado

(20 titulares e 20 suplentes)

TITULARES		PMDB	SUPLENTES
Hélio José(PROS)(9)	DF (61) 3303-6640/6645/6646	1 Garibaldi Alves Filho(9)	RN (61) 3303-2371 a 2377
Waldemir Moka(9)(12)	MS (61) 3303-6767 / 6768	2 Valdir Raupp(9)	RO (61) 3303-2252/2253
Marta Suplicy(9)	SP (61) 3303-6510	3 Romero Jucá(9)	RR (61) 3303-2112 / 3303-2115
Elmano Férrer(9)(15)	PI (61) 3303-1015/1115/1215/2415/3055/3056/4847	4 Edison Lobão(9)	MA (61) 3303-2311 a 2313
Airton Sandoval(9)(13)	SP	5 Rose de Freitas(15)	ES (61) 3303-1156 e 1158
Bloco Parlamentar da Resistência Democrática(PDT, PT)			
Ângela Portela(PDT)(2)	RR	1 Fátima Bezerra(PT)(2)	RN (61) 3303-1777 / 1884 / 1778 / 1682
Humberto Costa(PT)(2)	PE (61) 3303-6285 / 6286	2 Gleisi Hoffmann(PT)(2)	PR (61) 3303-6271
Paulo Paim(PT)(2)	RS (61) 3303-5227/5232	3 José Pimentel(PT)(2)	CE (61) 3303-6390 / 6391
Paulo Rocha(PT)(2)	PA (61) 3303-3800	4 Jorge Viana(PT)(2)	AC (61) 3303-6366 e 3303-6367
Regina Sousa(PT)(2)	PI (61) 3303-9049 e 9050	5 Lindbergh Farias(PT)(3)	RJ (61) 3303-6427
Bloco Social Democrata(PSDB, DEM)			
Dalirio Beber(PSDB)(7)	SC (61) 3303-6446	1 Flexa Ribeiro(PSDB)(7)	PA (61) 3303-2342
Eduardo Amorim(PSDB)(7)	SE (61) 3303 6205 a 3303 6211	2 Ricardo Ferraço(PSDB)(7)	ES (61) 3303-6590
Ronaldo Caiado(DEM)(10)	GO (61) 3303-6439 e 6440	3 José Agripino(DEM)(10)	RN (61) 3303-2361 a 2366
Maria do Carmo Alves(DEM)(10)	SE (61) 3303-1306/4055	4 Davi Alcolumbre(DEM)(10)	AP (61) 3303-6717, 6720 e 6722
Bloco Parlamentar Democracia Progressista(PP, PSD)			
Sérgio Petecão(PSD)(4)	AC (61) 3303-6706 a 6713	1 Otto Alencar(PSD)(4)	BA (61) 3303-1464 e 1467
Ana Amélia(PP)(4)(16)(17)	RS (61) 3303 6083	2 Wilder Morais(PP)(11)	GO (61)3303 2092 a (61)3303 2099
Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania(PPS, PSB, PCdoB, REDE, PODE)			
Lídice da Mata(PSB)(5)	BA (61) 3303-6408	1 Romário(PODE)(5)	RJ (61) 3303-6517 / 3303-6519
Randolfe Rodrigues(REDE)(6)	AP (61) 3303-6568	2 Vanessa Grazziotin(PCdoB)(5)	AM (61) 3303-6726
Bloco Moderador(PTB, PSC, PRB, PR, PTC)			
Cidinho Santos(PR)(8)	MT 3303-6170/3303-6167	1 Armando Monteiro(PTB)(8)	PE (61) 3303 6124 e 3303 6125
Vicentinho Alves(PR)(8)	TO (61) 3303-6469 / 6467	2 Eduardo Lopes(PR)(8)	RJ (61) 3303-5730

- (1) Os Blocos Parlamentares Democracia Progressista, Socialismo e Democracia e Moderador compartilham 1 vaga na comissão, com a qual o colegiado totaliza 21 membros.
- (2) Em 09.03.2017, os Senadores Ângela Portela, Humberto Costa, Paulo Paim, Paulo Rocha e Regina Sousa foram designados membros titulares; e os Senadores Fátima Bezerra, Gleisi Hoffmann, José Pimentel e Jorge Viana, como membros suplentes, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLBPRD).
- (3) Em 09.03.2017, o Senador Lindbergh Farias foi designado membro suplente, pelo Bloco Parlamentar da Resistência Democrática, para compor o colegiado (Of. 24/2017-GLBPRD).
- (4) Em 09.03.2017, os Senadores Sérgio Petecão e Ana Amélia foram designados membros titulares; e o Senador Otto Alencar, como membro suplente, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 21/2017-BLDPRO).
- (5) Em 09.03.2017, a Senadora Lídice da Mata foi designada membro titular; e os Senadores Romário e Vanessa Grazziotin, membros suplentes, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 5/2017-BLSDEM).
- (6) Em 09.03.2017, o Senador Randolfe Rodrigues foi designado membro titular, pelo Bloco Socialismo e Democracia, para compor o colegiado (Memo. 15/2017-BLSDEM).
- (7) Em 09.03.2017, os Senadores Dalirio Beber e Eduardo Amorim foram designados membros titulares; e os Senadores Flexa Ribeiro e Ricardo Ferraço, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 27/2017-GLPSDB).
- (8) Em 09.03.2017, os Senadores Cidinho Santos e Vicentinho Alves foram designados membros titulares; e os Senadores Armando Monteiro e Eduardo Lopes, membros suplentes, pelo Bloco Moderador, para compor o colegiado (Of. 5/2017-BLOMOD).
- (9) Em 09.03.2017, os Senadores Hélio José, Eduardo Braga, Marta Suplicy, Rose de Freitas e Renan Calheiros foram designados membros titulares; e os Senadores Garibaldi Alves Filho, Valdir Raupp, Romero Jucá e Edison Lobão, membros suplentes, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. 32/2017-GLPMDB).
- (10) Em 13.03.2017, os Senadores Ronaldo Caiado e Maria do Carmo Alves foram designados membros titulares; e os Senadores José Agripino e Davi Alcolumbre, membros suplentes, pelo Bloco Social Democrata, para compor o colegiado (Of. 7/2017-GLDEM).
- (11) Em 14.03.2017, o Senador Wilder Morais foi designado membro suplente pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo. 38/2017-GLDPRO).
- (12) Em 14.03.2017, o Senador Waldemir Moka foi designado membro titular, em substituição ao senador Eduardo Braga, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 51/2017-GLPMDB).
- (13) Em 14.03.2017, o Senador Airton Sandoval foi designado membro titular, em substituição ao senador Renan Calheiros, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 52/2017-GLPMDB).
- (14) Em 15.03.2017, a Comissão reunida elegeu os Senadores Marta Suplicy e Ronaldo Caiado, respectivamente, Presidente e Vice-Presidente deste colegiado (Of. nº 1/2017-CAS).

- (15) Em 31.03.2017, o Senador Elmano Férrer foi designado membro titular, em substituição à senadora Rose de Freitas, que passa a atuar como suplente, pelo PMDB, para compor o colegiado (Of. nº 86/2017-GLPMDB).
- (16) Em 07.06.2017, o Senador Benedito de Lira foi designado membro titular, em substituição à senadora Ana Amélia, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Of. s/n).
- (17) Em 14.06.2017, a Senadora Ana Amélia foi designada membro titular, em substituição ao Senador Benedito de Lira, pelo Bloco Parlamentar Democracia Progressista, para compor o colegiado (Memo 33/2017-BLDPRO).
- (18) Em 27.09.2017, foi criado o Bloco Parlamentar Democracia e Cidadania.

REUNIÕES ORDINÁRIAS: QUARTAS-FEIRAS 9:00 HORAS
SECRETÁRIO(A): PATRICIA DE LURDES MOTTA DE OLIVEIRA E
OLIVEIRA
TELEFONE-SECRETARIA: 61 33034608
FAX:

TELEFONE - SALA DE REUNIÕES: 61 33034608
E-MAIL: cas@senado.gov.br



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA

3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA
55ª LEGISLATURA

Em 8 de novembro de 2017
(quarta-feira)
imediatamente após a 56ª Reunião

PAUTA
57ª Reunião, Extraordinária

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

	Deliberativa
Local	Anexo II, Ala Senador Alexandre Costa, Plenário nº 9

PAUTA

ITEM 1

AVISO Nº 4, de 2014

- Não Terminativo -

Encaminha o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do Gestor Federal do SUS.

Autoria: Ministro de Estado da Saúde

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pelo conhecimento da matéria e seu posterior arquivamento.

Observações:

- *Em 1º.11.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, a Presidência concede Vista Coletiva à matéria nos termos regimentais.*

- *Votação simbólica.*

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 2

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 77, de 2016

- Não Terminativo -

Regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética.

Autoria: Deputada Soraya Santos

Relatoria: Senadora Ana Amélia

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta, acolhendo integralmente a Emenda nº 1 e parcialmente a Emenda nº 2; e pela rejeição da Emenda nº 3.

Observações:

- *Em 18.04.2017, a Comissão de Assuntos Sociais realizou Audiência Pública para instrução da matéria.*

- *Em 12.09.2017, o Senador Hélio José apresentou as Emendas nºs 1 a 3.*

- *Votação simbólica.*

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)

[Emenda \(CAS\)](#)

[Emenda \(CAS\)](#)

[Emenda \(CAS\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 3

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 82, de 2017

- Não Terminativo -

Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância.

Autoria: Deputado Valdir Colatto

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das 2 (duas) Emendas que apresenta.

Observações:

- Em 1º.11.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, a Presidência concede Vista Coletiva ao Projeto nos termos regimentais.
- Votação simbólica.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 4

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 274, de 2012 - Complementar

- Não Terminativo -

Regulamenta o inciso I do artigo 7º da Constituição Federal, que dispõe sobre a proteção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.

Autoria: Senador Pedro Taques

Relatoria: Senador José Pimentel

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 07.06.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, a Presidência concede Vista Coletiva ao Projeto nos termos regimentais.
- Em 28.06.2017, o Senador Romero Jucá apresenta Voto em Separado pela rejeição do Projeto.
- Votação simbólica.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Voto em Separado \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria](#)
[Legislação citada](#)

ITEM 5

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 73, de 2011

- Terminativo -

Altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial.

Autoria: Deputado Carlos Bezerra

Relatoria: Senador Humberto Costa

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 23.08.2017, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto.
- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)
[Avulso inicial da matéria](#)
[Parecer \(CCJ\)\)](#)

ITEM 6

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 185, de 2014**- Terminativo -**

Dispõe sobre o exercício da profissão de Gestor de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Autoria: Senador Clésio Andrade

Relatoria: Senador Valdir Raupp

Relatório: Pela rejeição do Projeto.

Observações:

- Em 18.10.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 7**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 292, de 2014****- Terminativo -**

Regulamenta o exercício da profissão de Despachante Documentalista e dá outras providências.

Autoria: Senador Walter Pinheiro

Relatoria: Senadora Vanessa Grazziotin

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nºs 1-CCJ a 3-CCJ

Observações:

- Em 02.03.2016, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1-CCJ a 3-CCJ.

- Em 12.07.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Parecer \(CCJ\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 8**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 328, de 2015****- Terminativo -**

Dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências.

Autoria: Senador Telmário Mota

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das Emendas nºs 1-CCJ-CE, 2-CE e 3-CE

Observações:

- Em 04.11.2015, a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania aprovou Parecer

favorável ao Projeto com a Emenda nº 1-CCJ.

- Em 17.05.2016, a Comissão de Educação, Cultura e Esporte aprovou Parecer favorável ao Projeto com as Emendas nºs 1-CCJ-CE, 2-CE e 3-CE.

- Em 31.05.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Em 24.10.2017, o Senador Eduardo Lopes apresentou a Subemenda nº 1 à Emenda nº 2-CE.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Emenda \(CAS\)\)](#)

[Parecer \(CE\)\)](#)

[Parecer \(CCJ\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 9

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 296, de 2016

- Terminativo -

Acrescenta o art. 72-A à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, com a finalidade de estabelecer prazo para concessão do salário-maternidade pela Previdência Social.

Autoria: Senador Telmário Mota

Relatoria: Senador Hélio José

Relatório: Pela aprovação do Projeto e da Emenda que apresenta.

Observações:

- Em 06.09.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria](#)

ITEM 10

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, de 2017

- Terminativo -

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.

Autoria: Senador Zeze Perrella

Relatoria: Senador Airton Sandoval

Relatório: Pela aprovação do Projeto na forma do Substitutivo que apresenta.

Observações:

- Nos termos do artigo 282, combinado com o artigo 92 do Regimento Interno do Senado Federal, se for aprovado o Substitutivo será ele submetido a Turno Suplementar.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)\)](#)

[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)\)](#)

ITEM 11

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 92, de 2017

- Terminativo -

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

Autoria: Senadora Rose de Freitas

Relatoria: Senador Paulo Paim

Relatório: Pela aprovação do Projeto.

Observações:

- Em 16.08.2017, lido o Relatório na Comissão de Assuntos Sociais, ficam adiadas a discussão e a votação da matéria.

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

ITEM 12**PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 161, de 2017****- Terminativo -**

Altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor sobre o auxílio-inclusão.

Autoria: Senador Paulo Bauer

Relatoria: Senador Dalirio Beber

Relatório: Pela aprovação do Projeto e das 2 (duas) Emendas que apresenta.

Observações:

- Votação nominal.

Textos da pauta:

[Relatório Legislativo \(CAS\)](#)
[Avulso inicial da matéria \(PLEN\)](#)

1

PARECER N° , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Aviso n° 4, de 2014 (Aviso n° 1.769/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, na origem), do Ministro de Estado da Saúde, que *encaminha o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do Gestor Federal do SUS*, relativo ao segundo quadrimestre de 2013.



Relatora: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Por meio do Aviso do Senado Federal (AVS) n° 4, de 2014 (Aviso n° 1769/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, na origem), o então Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, dirigiu-se ao Presidente do Congresso Nacional para apresentar o *Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS, de acordo com o § 5° do artigo 36 da Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012*.

O documento anexado ao Aviso, identificado como 2° *Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas – Maio a Agosto 2013*, relativo, portanto, ao segundo quadrimestre daquele ano, foi recebido pelo Serviço de Protocolo Legislativo da Secretaria-Geral da Mesa desta Casa em 16 de janeiro de 2014.

No Aviso, o Ministro da Saúde informou que, em 2013, participou das seguintes atividades e audiências públicas no Congresso Nacional:

- No Senado Federal

Em 24 de abril de 2013 – 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) – “Comparecimento do Ministro de Estado da Saúde”; e

Em 19 de setembro de 2013 – O Presidente do Senado Federal, Renan Calheiros (PMDB-AL), recebeu o Ministro para Sessão Temática sobre o Financiamento da Saúde – Plenário do Senado.

- Na Câmara dos Deputados

Em 03 de abril de 2013 – Reunião de Audiência Pública Conjunta com a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle e com a Comissão de Defesa do Consumidor;

Em 03 de abril de 2013 – Reunião com a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): “Debater tema da Pasta da Saúde”;

Em 14 de agosto de 2013 – Reunião com a CSSF, com vistas a debater o Programa Mais Médicos; e

Em 04 de setembro de 2013 – Reunião realizada no Plenário com a Comissão Geral para debate do Programa Mais Médicos, objeto da Medida Provisória nº 621, de 2013.

O Relatório que integra o AVS nº 4, de 2014, contém 107 páginas e o seu conteúdo está dividido nas seguintes partes: Introdução; Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira; Desembolso Financeiro; Oferta e Produção de Serviços – Rede Própria e GHC; Indicadores (Resultado Cumulativo); Resultados Qualitativos das Diretrizes do PAS – 2º Quadrimestre/2013.

O Aviso foi autuado, também, como Aviso do Congresso Nacional (AVN) nº 2, de 2014, cuja apreciação coube à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO).



Em 16 de julho de 2015, a CMO aprovou o Parecer nº 47, de 2015-CN, de autoria do Deputado Valtenir Pereira, cujo voto foi no sentido de a Comissão tomar conhecimento do AVN nº 2, de 2014, e determinar seu arquivamento. Além disso, por meio do mesmo parecer, a CMO apresentou proposta para normatizar a realização de audiências públicas alternadas entre as comissões pertinentes (CMO, CAS e CSSF), a fim de evitar apresentações repetidas sobre o mesmo relatório. A proposta originou o Projeto de Resolução do Congresso Nacional (PRN) nº 8, de 2015, que aguarda pareceres dos relatores designados em cada Casa, Senador Romero Jucá e Deputado Waldir Maranhão.

II – ANÁLISE

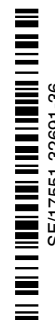
Nos termos do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) opinar sobre proposições que digam respeito às competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, a apreciação, por este colegiado, do Relatório que compõe o AVS nº 4, de 2014, coaduna-se com as disposições regimentais.

A apresentação de relatório de gestão do SUS ao Congresso Nacional cumpre o que determina a Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012, editada em atendimento ao que dispõe o § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

O *caput* e respectivos incisos do art. 36 da LC nº 141, de 2012, estabelecem que:

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará **Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior**, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados



com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Por sua vez, o § 5º do mencionado art. 36 determina que o relatório seja apresentado até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

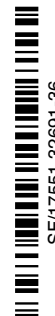
Na tramitação do AVN nº 2, de 2014, consta o recebimento de mensagem – de autoria do Chefe da Assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde e enviada no dia 7 de julho de 2015 – informando que o então Ministro da Saúde, Arthur Chioro, não poderia comparecer à reunião de audiência pública agendada pela CMO para o dia seguinte, 8 de julho de 2015.

A determinação legal é de que o relatório seja apresentado *em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação*. Ocorre que o Poder Legislativo Federal não é formado por uma, mas, sim, por duas Casas Legislativas: o Senado Federal e a Câmara dos Deputados.

Além disso, há três comissões temáticas competentes para apreciar os relatórios quadrimestrais do Ministério da Saúde: CSSF, na Câmara dos Deputados, CAS, no Senado Federal, e CMO, no Congresso Nacional.

Assim, é muito relevante estabelecer regras para a realização dessas audiências públicas. O texto do PRN nº 8, de 2015, optou por uma alternância entre as Comissões, atribuindo à CAS a realização da audiência no mês de fevereiro, à CSSF no mês de maio e à CMO no mês de setembro. A proposta determina que, *independentemente do órgão responsável pela realização da audiência, os membros das demais Comissões poderão dela participar*.

Assim, como forma de racionalizar a tramitação dos relatórios quadrimestrais do Ministério da Saúde no Congresso Nacional, é recomendável que a CAS incentive a aprovação do PRN nº 8, de 2015, requerendo urgência na sua tramitação.



III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é no sentido de que esta Comissão tome **conhecimento** do Aviso nº 4, de 2014, e determine seu **arquivamento**.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora





CONGRESSO NACIONAL

(*) AVISO

Nº 2, DE 2014-CN/

AVISO

Nº 4, DE 2014

(nº 1.769/2013, na origem)

Brasília, 30 de dezembro de 2013.

Assunto: Solicitação de apresentação do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do Gestor Federal do SUS.

Excelentíssimo Senhor Presidente do Congresso Nacional,

1. Dirijo-me cordialmente a Vossa Excelência para apresentar ao Congresso Nacional o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do SUS, de acordo como §5º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

2. Durante o ano de 2013 foram realizadas seis Audiências Públicas no Congresso Nacional, a saber:

- No Senado Federal

- Dia 24/04/2013 – 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) – “Comparecimento do Ministro de Estado da Saúde”; e

- Dia 19/09/2013 – O Presidente do Senado Federal, Renan Calheiros (PMDB-AL) recebeu o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, para Sessão Temática sobre o Financiamento da Saúde – Plenário do Senado.

- Na Câmara dos Deputados

- Dia 03/04/2013 – Reunião de Audiência Pública Conjunta com a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle e com a Comissão de Defesa do Consumidor;

(*) Republicado para retificar despacho inicial.

- Dia 03/04/2013 – Reunião com a Comissão de Seguridade Social e Família: “Debater tema da Pasta da Saúde”;

- Dia 14/08/2013 - Reunião com a Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF, com vista a debater o Programa Mais Médicos; e

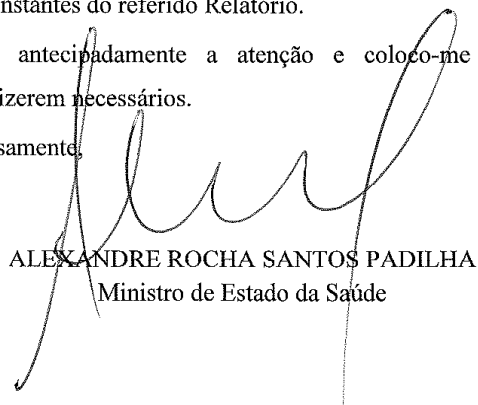
- Dia 04/09/2013 – Reunião com a Comissão Geral para debate do Programa Mais Médicos, constante da Medida Provisória nº 621, de 2013. Plenário.

3. Na ocasião foi preparada prestação de contas das atividades realizadas pelo Ministério da Saúde, das políticas prioritárias e seus resultados mais relevantes, assim como a execução dos recursos orçamentários e financeiros.

4. Por oportuno, envio a Vossa Excelência, anexo, um resumo das realizações do 2º quadrimestre de 2013 constantes do referido Relatório.

5. Agradeço antecipadamente a atenção e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Respeitosamente,



ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Coordenação-Geral de Planejamento

2º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas

Maio a Agosto
2013

Setembro de 2013
Atualizado em 15 de outubro de 2013

Índice

Introdução.....	4
1. Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira.....	6
1.1. Execução Orçamentária da Despesa – 2º Quadrimestre de 2013 - Grandes Grupos	7
1.2. Execução da Despesa por Fonte de Recurso – 2º Quadrimestre de 2013	14
1.3. Execução Orçamentária da Despesa dos Hospitais Próprios – 2º Quadrimestre de 2013	15
1.4. Execução Orçamentária da Despesa do Grupo Hospitalar Conceição – 2º Quadrimestre de 2013.....	17
1.5. Saldo Financeiro nas Contas Bancárias do Fundo Nacional de Saúde em 31/08/2013	19
1.6. Execução de Restos a Pagar de 2003 a 2012 (a serem pagos em 2013)	23
1.7. Acompanhamento Mensal da Receita Própria no 2º Quadrimestre de 2013	24
2. Desembolso Financeiro	30
2.1. Transferência Fundo a Fundo (Por Bloco).....	30
2.2. Transferência a Estados e Municípios – Quadro Geral por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41.....	31
2.3. Transferência a Estados – Empenhado por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41	32
2.4. Transferência a Estados – Liquidado por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41	33
3. Oferta e Produção de Serviços – Rede Própria e GHC	34
4. Indicadores (Resultado Cumulativo).....	36
5. Resultados Qualitativos das Diretrizes do PAS – 2º Quadrimestre/2013	43
Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.....	43
Diretriz 2 - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.....	47
Diretriz 3 - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.	50
Diretriz 4 - Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.	55
Diretriz 5 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.....	58
Diretriz 6 - Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.	61
Diretriz 7 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	66
Diretriz 8 - Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.....	77

Diretriz 9 - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde. (do PNS)	79
Diretriz 10 - Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	82
Diretriz 11 - Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.	86
Diretriz 12 - Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.	91
Diretriz 13 - Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.	95
Diretriz 14 - Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.	99
Diretriz 15 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.	103
Diretriz 16 - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.....	104
Anexo I	105

Introdução

Com finalidade de atender ao disposto na Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, o Ministério da Saúde (MS) apresenta o Relatório Quadrimestral de Gestão de Prestação de Contas, referente ao quadrimestre de maio a agosto de 2013. Este relatório contém o desempenho do MS detalhado de acordo com o Art. 36 da referida Lei Complementar. Contempla informações acumuladas relativas ao desempenho setorial no período de janeiro a agosto de 2013. Os resultados alcançados referem-se à execução descentralizada das ações de saúde e refletem a participação dos demais entes federativos na operacionalização da política do setor. As linhas de atuação propostas pela coordenação nacional do SUS, sob responsabilidade do MS, e a sua adequação às diferentes realidades inter e intra regionais, manifestadas no âmbito local, são indicativos importantes a serem considerados na análise dos resultados obtidos e ora apresentados. É importante destacar que a eficácia dos processos decisórios inerentes à gestão do SUS revela-se na prestação de contas dos resultados obtidos e contribuem para a atuação do controle social e das instâncias intergestores Bipartite e Tripartite.

Nesse contexto, o desempenho apresentado configura a consolidação das atuações parciais das esferas de gestão, obtidos tanto das decisões das direções únicas, como execução nacional e centralizada das intervenções em saúde. Esses resultados devem ser debatidos de modo a permitir a avaliação da participação federal na implementação da política de saúde e na obtenção dos resultados alcançados, a partir da utilização de um modelo de gestão descentralizado e democrático, referido aos 16 objetivos estratégicos que norteiam a gestão federal; às diretrizes e metas do Plano Nacional de Saúde 2012/2015; aos objetivos, metas e iniciativas do Plano Plurianual 2012/2015 e, por fim, às ações da Lei Orçamentária Anual de 2013. Essa iniciativa tem por objetivo contribuir para o aperfeiçoamento e transparência da gestão, potencializar o monitoramento e a avaliação do gasto em saúde, além de instrumentalizar a atuação do controle social.

Dessa forma, na elaboração deste relatório, foi levada em consideração a necessidade de prestação de contas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). A sistematização das informações disponibilizadas explicita o desempenho das principais linhas de atuação constante de outros instrumentos de gestão, a exemplo do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão e do Sistema de Monitoramento do Planejamento Estratégico do MS (Ecar/MS) e guarda coerência com outros documentos semelhantes dirigidos ao Congresso Nacional e aos Órgãos de controle externo. Para atender as suas finalidades foram consideradas as observações da Comissão de Orçamento e Finanças (Cofin/CNS) ao Relatório Anual de Gestão de 2012, que representa uma posição consolidada dos três quadrimestres do referido exercício. Na medida do possível, procurou-se incorporar as indicações necessárias aos parâmetros de análises da Cofin/CNS para a caracterização dos períodos quadrimestrais que compõem o ano.

Convém destacar que este relatório espelha o redimensionamento das metas da Programação Anual de Saúde 2013, o que propiciou correção de trajetórias que apresentaram algum viés em relação ao

inicialmente previsto. Esses ajustes qualificam o processo de planejamento e execução das previsões governamentais para o setorial e aperfeiçoam, ainda mais, a qualidade da informação demonstrada neste relatório.

Por solicitação da área técnica responsável foram excluídos dois indicadores constantes do Relatório Quadrimestral de Gestão de Prestação de Contas anterior por motivo de inadequação de apuração no período focado.

Este relatório divide-se em cinco seções além desta introdução. Na primeira é apresentado um demonstrativo da execução orçamentária e financeira dos recursos federais em geral, com destaque para as unidades hospitalares próprias e com participação da União. A segunda demonstra a execução financeira por meio das transferências fundo a fundo, segundo os grandes blocos de financiamento e modalidade de aplicação. A terceira retrata a quantificação da produção de bens, insumos e serviços de saúde, com destaque para a rede própria de hospitais e com participação da União. A quarta contém uma síntese do desempenho setorial por meio dos resultados apresentados por indicadores estrategicamente selecionados, complementada por comentários sobre a situação verificada por cada indicador. A quinta seção permite a formulação de uma análise situacional dos objetivos estratégicos por meio da comparação os resultados atingidos até o segundo quadrimestre do ano corrente, relacionando-os com a meta anual previamente traçada na Programação Anual de Saúde 2013 e em outras programações da pasta. No anexo consta as auditorias iniciadas e em andamentos pelo Departamento de Auditoria do SUS no mesmo período.

1. Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira

O orçamento do Ministério da Saúde foi definido pela Lei nº 12.798, de 04 de abril de 2013, que estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2013.

POSICÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)							EM R\$ 1,00
DISCRIMINAÇÃO	DOTAÇÃO ATUALIZADA	EMPENHADO	LIQUIDADO	PAGO	SALDO ORÇAMENTÁRIO	% SALDO / DOT	
1 - PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	16.163.649.575	15.070.440.196	10.345.193.820	10.218.615.719	1.093.209.379		6,76
2 - JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA	6.134.493	3.860.178	3.852.043	3.852.043	2.274.315		37,07
3 - OUTRAS DESPESAS CORRENTES	73.959.524.721	56.482.566.805	40.751.584.367	39.915.957.761	17.476.957.916		23,63
4 - INVESTIMENTOS	10.026.196.860	1.950.853.368	695.524.085	673.658.031	8.075.343.492		80,54
5 - INVERSOES FINANCEIRAS	190.600.000	6.530.515	1.080.714	1.051.390	2.083.899		1,09
6 - AMORTIZAÇÃO/REFINANCIAMENTO DA DÍVIDA	4.709.499	2.625.600	2.611.974	2.611.974	0		0,00
MS - TOTAL GERAL	100.350.815.148	73.516.876.662	51.799.847.003	50.815.746.919	26.649.869.001		26,56

Fonte: Siafi

1.1. Execução Orçamentária da Despesa – 2º Quadrimestre de 2013 – Grandes Grupos

CONSOLIDADO – MINISTÉRIO DA SAÚDE

POSICÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013							EM R\$ 1,00	
		PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHAD O (B)	LÍQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁ RIO E = (A - B)	%	EMP
ITENS GLOBAIS	15.263.190.739	15.309.037.922	15.309.037.922	16.174.493.567	15.076.925.974	10.351.657.838	10.225.079.736	1.097.567.593	93,21	6,79
PESSOAL ATIVO	8.520.064.744	8.378.540.609	8.378.540.609	8.972.936.254	8.153.141.605	5.606.622.156	5.544.711.072	819.794.649	90,86	9,14
PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA	6.738.120.436	6.919.653.321	6.919.653.321	7.190.713.321	6.917.298.591	4.738.571.664	4.673.904.646	273.414.730	96,20	3,80
DÍVIDA (AMORTIZAÇÃO E ENCARGOS)	5.005.558	10.843.992	10.843.992	10.843.992	6.483.778	6.464.018	6.464.018	4.358.214	59,81	40,19
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS	67.914.497.180	75.354.123.345	79.750.061.489	79.982.600.489	55.926.412.228	40.228.279.011	39.464.558.725	24.056.188.261	69,92	30,08
COMBATE ÀS CARENCIAS NUTRICIONAIS	9.245.678	11.211.000	11.211.000	11.211.000	710.851	48.453	48.453	10.500.149	6,34	93,66
MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	304.992.671	373.654.006	373.654.006	373.654.006	313.655.150	165.543.395	164.390.997	59.998.856	83,94	16,06
MANUTENÇÃO DE UNIDADES OPERACIONAIS	46.346.105	60.000.000	56.000.000	56.000.000	37.550.783	19.786.509	19.719.743	18.449.217	67,05	32,95
HOSPITAIS PRÓPRIOS	982.979.131	1.013.564.000	1.009.264.000	1.009.264.000	633.334.998	367.318.086	337.272.147	375.929.002	62,75	37,25
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA	341.308.103	378.025.000	359.025.000	359.025.000	257.913.004	176.751.313	152.334.679	101.111.996	71,84	28,16
PIONEIRAS SOCIAIS	691.000.000	743.000.000	743.000.000	743.000.000	493.333.333	493.333.333	493.333.333	247.666.667	66,67	33,33

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI N.º 12.798 DE 04.04.2013							%	
		FLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHAD O (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁ RIO E = (A - B)		EMP
PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA	183.000.000	205.440.000	205.440.000	205.440.000	185.913.519	127.402.901	127.371.650	19.526.481	90,50	9,50
SERV. DE PROCESSAMENTO DADOS - DATASUS	48.066.235	333.786.649	331.786.649	331.786.649	263.014.080	135.504.665	135.504.665	68.772.569	79,27	20,73
PROGRAMA SANGUE E HEMODERIVADOS	769.517.897	835.016.350	797.016.350	797.016.350	266.769.693	124.246.647	100.797.023	530.246.657	33,47	66,53
INCENTIVO FINANCEIRO - VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1.495.951.633	2.066.000.000	1.898.000.000	1.898.000.000	665.034.374	659.173.568	659.166.160	1.232.965.626	35,04	64,96
VACINAS E VACINAÇÃO	958.108.909	1.246.000.000	1.246.000.000	1.308.500.000	507.925.265	283.904.836	283.554.496	800.574.735	38,82	61,18
OUTROS PROGRAMAS	2.115.954.101	3.692.011.170	3.803.958.170	3.833.958.170	1.061.382.982	731.259.151	724.654.844	2.772.575.188	27,68	72,32
QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO SUS	558.580.093	852.502.483	841.802.483	841.802.483	640.869.582	454.235.487	349.116.508	200.932.901	76,13	23,87
FOMENTO A PESQUISA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA	78.970.069	100.000.000	94.805.000	94.805.000	11.972.355	7.842.949	536.060	82.832.645	12,63	87,37
IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO SUS	30.939.219	75.390.000	75.390.000	75.390.000	40.156.643	22.191.477	22.191.477	35.233.357	53,27	46,73
PROGESTRUTURAÇÃO SAÚDE FAMÍLIA - PROESF	94.572.766	120.750.000	120.750.000	120.750.000	24.070.775	20.911.998	20.911.998	96.679.225	19,95	80,07
REEST. DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS - REHUF	497.666.336	630.000.000	560.000.000	560.000.000	111.560.442	57.879.406	42.910.259	448.439.558	19,92	80,08
PROGRAMA DE PREVENÇÃO DAS DST / AIDS	164.200.000	0	168.000.000	160.000.000	105.192.626	105.192.626	105.192.626	54.807.374	65,75	34,25
SAÚDE INDÍGENA	763.354.962	920.000.000	897.400.000	937.400.000	780.839.260	541.096.851	540.894.503	156.560.740	83,30	16,70
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC (AIH/SIA/SUS)	34.077.456.762	35.608.777.455	35.608.777.455	35.613.826.455	29.168.684.362	21.955.798.257	21.789.468.367	6.445.142.093	81,90	18,10
MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS	4.082.149.970	0	4.492.341.000	4.492.341.000	4.142.682.772	3.023.249.773	2.653.904.918	349.658.228	92,22	7,78

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI N° 12.798 DE 04.04.2013							%	
		PLOA. 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHAD O (B)	LIQUIDADADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁ RIO E = (A - B)		EMP
PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB FIXO	4.422.000.000	5.220.000.000	5.220.000.000	5.220.000.000	4.212.373.763	2.681.050.531	2.681.050.506	1.007.626.237	80,70	19,30
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - PACS/PSF	8.128.167.000	9.437.758.513	9.437.758.513	9.437.758.513	7.252.788.571	4.857.699.805	4.857.055.445	2.184.969.942	76,85	23,15
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU	830.099.897	783.000.000	755.400.000	755.400.000	512.055.011	494.519.380	494.140.630	243.344.989	67,79	32,21
ATENÇÃO SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA, ADOL. E JOVEM	32.489.880	90.989.000	84.289.000	84.289.000	16.353.384	8.570.315	8.570.315	67.935.616	19,40	80,60
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PAB	162.596.275	184.891.431	184.891.431	184.891.431	175.397.627	94.509.451	94.509.451	9.493.805	94,87	5,13
FARMÁCIA BÁSICA - PAB	1.077.448.725	6.627.875.524	1.230.500.000	1.230.500.000	1.053.448.155	602.507.956	602.507.956	177.051.845	85,61	14,39
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	170.952.610	241.673.000	231.273.000	231.273.000	169.416.926	99.594.005	96.631.073	61.856.074	73,25	26,75
FARMÁCIAS POPULARES	1.364.502.809	1.856.600.000	1.856.600.000	1.856.600.000	1.084.223.393	1.071.925.482	1.071.925.482	772.376.607	58,40	41,60
AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	138.571.585	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
AQUISIÇÃO E DISTRIB. DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS	113.456.313	0	134.834.524	134.834.524	46.804.042	16.496.278	16.496.278	88.030.482	34,71	65,29
AQUIS. E DISTRIB. MEDICAMENTOS/DS T/AIDS	820.430.588	0	770.200.000	770.200.000	668.935.620	337.038.679	326.884.199	101.266.380	86,85	13,15
REAPARELHAMENTO UNIDADES DO SUS / MS	579.485.617	1.063.950.000	1.000.950.000	1.103.940.000	111.859.123	48.995.082	48.832.121	992.080.877	10,13	89,87
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	317.984.060	320.437.764	320.437.764	320.437.764	312.817.689	243.345.262	243.345.262	7.620.075	97,62	2,38
ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	262.564.651	260.820.000	260.820.000	260.820.000	248.065.909	194.152.172	194.152.172	12.754.091	95,11	4,89

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEINº 12.798 DE 04.04.2013							%	
		PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E=(A-B)		EMP
SENTENÇA JUDICIAL (CUSTEIO)	293.106	1.000.000	1.000.000	1.000.000	246.848	174.992	174.992	753.152	24,68	75,32
EMENDAS NOMINATIVAS	1.199.093.423	0	4.567.486.144	4.567.486.144	347.061.319,53	3.027.939,87	3.027.939,87	4.220.424.824	7,60	92,40
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA	253.351.877	308.877.939	308.877.939	308.969.239	158.329.608	103.315.003	102.736.515	150.639.631	51,24	48,76
ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE	75.621.977	111.485.220	111.485.220	111.485.220	73.405.867	38.838.244	38.400.438	38.079.353	65,84	34,16
VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS	166.074.809	185.112.000	185.112.000	185.112.000	72.939.464	55.261.049	55.120.366	112.172.536	39,40	60,60
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	7.902.549	8.192.508	8.192.508	8.283.808	8.180.276	6.352.180	6.352.180	103.532	98,75	1,25
ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	3.752.542	4.088.211	4.088.211	4.088.211	3.804.000	2.863.531	2.863.531	284.211	93,05	6,95
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA	1.504.838.405	1.606.158.951	1.890.547.922	1.892.141.589	963.104.857	230.574.924	210.873.030	929.036.532	50,90	49,10
PAC - PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO	971.799.675	177.325.905	1.015.839.891	1.015.839.891	660.991.650	58.550.545	52.219.893	354.848.241	65,07	34,93
MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	136.349.449	151.684.676	149.684.676	149.684.676	110.702.218	59.965.623	58.942.851	38.982.458	73,96	26,04
SANEAMENTO BÁSICO (DEMAIS AÇÕES)	181.707.710	1.106.171.095	266.700.000	266.700.000	33.896.102	4.567.113	4.551.121	232.803.898	12,71	87,29
OUTROS PROGRAMAS	35.440.648	44.700.000	41.700.000	41.700.000	30.906.785	12.093.593	11.328.845	10.793.215	74,12	25,88
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	61.560.000	62.545.224	62.545.224	64.138.691	62.545.224	48.101.939	42.359.107	1.593.467	97,52	2,48
ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	66.000.000	62.741.211	62.741.211	62.741.211	60.792.000	47.296.111	41.471.213	1.949.211	96,89	3,11
SENTENÇA JUDICIAL (CUSTEIO)	664.613	990.840	990.840	990.840	170.878	0	0	819.962	17,25	82,75

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013							%	
		PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)		
									SALDO	
EMENDAS NOMINATIVAS	51.316.310	0	290.346.080	290.346.080	3.100.000	0	0	287.246.080	1,07	98,93
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ	1.688.906.147	1.867.873.561	1.821.593.561	1.762.815.761	1.230.483.077	792.346.107	720.203.443	532.332.684	69,80	30,20
MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	119.121.776	147.287.155	145.287.155	149.575.155	129.877.135	112.291.579	112.144.940	19.698.020	86,83	13,17
MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE PESQUISAS	32.969.637	32.550.000	32.550.000	38.090.000	29.375.551	21.220.389	21.199.989	8.714.449	77,12	22,88
MODERNIZAÇÃO DAS UNIDADES DE PESQUISAS	36.144.051	41.900.000	39.900.000	40.400.000	26.660.310	20.116.535	20.036.775	13.739.690	65,99	34,01
VACINAS E VACINAÇÃO	933.894.091	983.000.000	978.500.000	916.000.000	747.281.836	437.616.975	367.112.210	168.718.164	81,58	18,42
ESTUDOS E PESQUISAS	102.324.261	108.000.000	103.180.000	109.920.000	77.615.440	63.265.994	62.674.908	32.304.560	70,61	29,39
OUTROS PROGRAMAS	297.632.991	374.645.000	341.185.000	324.117.000	136.655.362	66.225.237	65.447.973	187.461.638	42,16	57,84
FARMÁCIAS POPULARES	133.852.537	149.000.000	149.000.000	149.000.000	52.784.754	45.641.407	45.618.658	96.215.246	35,43	64,57
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	20.916.612	20.848.932	20.848.932	24.082.332	20.838.643	17.855.545	17.855.545	3.243.689	86,53	13,47
ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	10.436.098	10.572.474	10.572.474	11.061.274	9.214.535	8.112.446	8.112.446	1.846.739	83,30	16,70
OPERAÇÕES ESPECIAIS: CUMPRIMENTO DE SENTENÇAS JUDICIAIS	124.731	70.000	70.000	70.000	0	0	0	70.000	0,00	100,00
EMENDAS NOMINATIVAS	1.489.362	0	500.000	500.000	179.512	0	0	320.488	35,90	64,10
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	115.880.478	139.742.516	139.742.516	140.073.816	106.102.776	51.540.576	51.479.742	33.971.040	75,75	24,25
ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE	35.200.000	35.156.317	35.156.317	35.156.317	34.510.402	18.532.986	18.502.144	645.915	98,16	1,84

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013										%
		PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)	EMP	SALDO		
ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR DE SAÚDE	38.435.853	55.600.000	55.600.000	55.600.000	39.403.372	18.585.578	18.555.671	16.196.628	70,87	29,13		
OUTROS PROGRAMAS	39.164.550	45.781.051	45.781.051	45.781.051	29.071.487	12.149.430	12.149.345	16.709.564	63,50	36,50		
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	2.516.244	2.565.516	2.565.516	2.565.516	2.565.516	1.828.250	1.828.250	0	100,00	0,00		
ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	563.831	639.632	639.632	639.632	552.000	444.333	444.333	418.932	56,85	43,15		
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - GHC	76.237.777	78.588.814	73.088.814	89.720.887	55.518.141	42.133.544	40.815.727	34.202.746	61,88	38,12		
ATENÇÃO HOSPITALAR DA UNIDADE	52.932.461	57.926.632	51.926.632	52.250.632	25.482.093	13.334.369	12.972.038	26.768.539	48,77	51,23		
AUXÍLIOS AO SERVIDOR	19.905.336	19.662.182	19.662.182	35.970.255	29.257.627	28.087.042	27.131.556	6.712.628	81,34	18,66		
SENTENÇA JUDICIAL (CUSTEIO)	1.400.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	778.421	712.133	712.133	221.579	77,84	22,16		
EMENDAS NOMINATIVAS	1.999.980	0	500.000	500.000	0	0	0	500.000	0,00	100,00		
ACÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - OCC - EXCETO UO: 74202 - ANS	71.543.083.749	79.334.765.126	83.963.312.241	84.155.721.581	58.433.420.173	41.447.108.451	40.589.615.792	25.722.301.408	69,43	30,57		
ACÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - MS EC 29	80.063.148.493	87.713.305.735	92.341.852.850	93.128.657.835	66.586.561.778	47.053.730.607	46.134.326.864	26.542.096.057	71,50	28,50		
ACÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - BASE - SOF - LC 141 - CMO/ CN	78.210.742.156	85.261.011.389	89.483.149.533	90.266.010.418	65.144.485.499	46.348.079.167	45.438.193.095	25.121.524.919	72,17	27,83		
PESSOAL ATIVO	8.520.064.744	8.378.540.609	8.378.540.609	8.972.936.254	8.153.141.605	5.606.622.156	5.544.711.072	819.794.649	90,86	9,14		
PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA	6.738.120.436	6.919.653.321	6.919.653.321	7.190.713.321	6.917.298.591	4.738.571.664	4.673.904.646	273.414.730	96,20	3,80		
DÍVIDA (AMORTIZAÇÃO E ENCARGOS)	5.005.558	10.843.992	10.843.992	10.843.992	6.485.778	6.464.018	6.464.018	4.358.214	59,81	40,19		

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013							%	
		PLQA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHAD O (B)	LIQUIDADADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁ RIO E = (A - B)		EMP
OUTROS CUSTEIOS E CAPITAL - TOTAL	71.558.717.421	79.366.209.118	83.994.756.233	84.187.165.573	58.446.456.466	41.454.653.183	40.597.131.200	25.740.729.107	69,42	30,58
EMENDAS PARLAMENTARES	1.253.899.075	0	4.858.832.224	4.858.832.224	350.340.831	3.027.939	3.027.939	4.508.491.393	7,21	92,79
UO 74202 - RECURSOS SOB SUPERVISÃO DA ANS	10.628.114	20.600.000	20.600.000	20.600.000	6.530.515	1.080.714	1.051.390	14.069.485	31,70	68,30
SENTENÇA JUDICIAL (CUSTEIO)	2.482.450	3.060.840	3.060.840	3.060.840	1.196.147	887.125	887.125	1.864.693	39,08	60,92
MS - TOTAL GERAL	86.816.902.601	94.664.403.048	99.292.950.163	100.350.815.148	73.516.876.662	51.799.847.003	50.815.746.919	26.833.938.486	73,26	26,74

Fonte: Siafi; CAA/CGOF/SPO/SE/MS

1.2. Execução da Despesa por Fonte de Recurso – 2º Quadrimestre de 2013

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

Fonte de Recursos	Dotação Atualizada	Despesas Emprenhadas	Despesas Executadas	Em R\$1,00	
				Valores Pagos	Despesas Executadas
00 RECURSOS ORDINARIOS	2.268.214.850,00	1.46.295.881,24	97.767.842,95	96.833.831,43	
18 CONTRIBUIÇÕES SOBRE CONCURSOS DE PROGNOSTICOS	6.182.908,00				
43 REFINANCIAMENTO DA DIV. PUBL. MOBIL. FEDERAL	4.709.499,00	2.625.600,16	2.611.974,46	2.611.974,46	
44 TITULOS DE RESPONSABILID. DO TESOUREO NACIONAL	6.134.493,00	3.860.178,12	3.852.043,33	3.852.043,33	
48 OPERACOES DE CREDITO EXTERNAS - EM MOEDA	293.000.000,00	46.211.031,10	11.429.580,03	11.429.580,03	
50 RECURSOS NAO-FINANCEIROS DIRETAM. ARRECADADOS	298.369.516,00	48.682.068,48	32.420.195,52	32.418.160,49	
51 CONTR.SOCIAL S/O LUCRO DAS PESSOAS JURIDICAS	32.969.411.136,00	23.417.311.575,58	16.125.973.796,73	15.810.942.895,81	
53 CONTRIBUICAO P/FINANCIAM.DA SEGURIDADE SOCIAL	59.857.359.902,00	48.385.831.930,36	35.000.833.740,10	34.337.423.460,19	
56 CONTRIBUICAO PLANO SEGURIDADE SOCIAL SERVIDOR	680.261.820,00	673.484.820,00	244.608.012,66	244.608.012,66	
74 TX/MUL.P/PODER DE POLICIA E MUL.PROV.PROC.JUD	488.516.052,00	312.514.063,08	211.293.155,33	210.683.240,81	
80 RECURSOS FINANCEIROS DIRETAMENTE ARRECADADOS	23.849.554,00	5.135.684,00	1.869.735,38	1.869.735,38	
81 RECURSOS DE CONVENIOS	1.639.480,00	245.284,87	10.619,10	6.866,66	
86 OUTRAS RECEITAS VINCULADAS	3.453.165.938,00	474.678.544,78	67.176.307,68	63.067.117,68	
MS - TOTAL GERAL	100.350.815.148,00	73.516.876.661,77	51.799.847.003,27	50.815.746.918,93	

Fonte: Siatf; CAA/CGOF/SPO/SE/MS

1.3. Execução Orçamentária da Despesa dos Hospitais Próprios – 2º Quadrimestre de 2013

UNIDADE: FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS

POSICÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

Em R\$ 1,00

FUNCIONAL COMPLETA	EXECUTADO EM 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013							% SALDO
		PLQA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)	
TOTAL GERAL	982.979.131	1.013.564.000	1.009.264.000	1.009.264.000	633.334.998	367.318.086	337.272.147	375.929.002	37,2
10.302.2015.4324.0010 Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil - na Região Norte	11.997.534	13.300.000	13.300.000	13.300.000	0	0	0	13.300.000	100,0
10.302.2015.6217.6506 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral dos Servidores)	180.458.280	182.300.000	182.300.000	182.300.000	108.675.330	79.147.609	70.990.166	73.624.670	40,4
10.302.2015.6217.6507 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral de Bonsucesso)	164.208.872	169.500.000	169.500.000	169.500.000	89.650.066	59.330.993	55.852.489	79.849.934	47,1
10.302.2015.8759.0033 Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia - INTO - No Estado do Rio de Janeiro	231.999.304	232.000.000	229.600.000	229.600.000	190.474.198	79.369.188	63.978.770	39.125.802	17,0
10.302.2015.6217.6508 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral de Jacarepaguá)	66.133.560	72.000.000	72.000.000	72.000.000	39.616.539	23.462.949	23.462.949	32.383.461	45,0

FUNCIONAL COMPLETA		EXECUTADO EM 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI Nº 12.798 DE 04.04.2013							
			PLOA.2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)	% SALDO
10.302.2015.6217.6509	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral de Ipanema)	63.312.405	64.000.000	64.000.000	64.000.000	30.340.018	22.047.119	22.047.119	33.659.982	52,6
10.302.2015.6217.6510	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral do Andaraí)	88.182.863	102.964.000	102.964.000	102.964.000	58.880.638	35.611.429	35.419.692	44.083.362	42,8
10.302.2015.6217.6511	Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde - No Município do Rio de Janeiro - RJ (Hospital Geral da Lagoa)	69.856.556	70.000.000	70.000.000	70.000.000	46.509.671	28.988.733	28.537.762	23.490.329	33,6
10.302.2015.8755.0033	Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia - INC - No Estado do Rio de Janeiro	106.829.757	107.500.000	105.600.000	105.600.000	69.188.537	39.160.066	37.183.199	36.411.463	34,5

Fonte: Staff; SPO/SE/MS

1.4. Execução Orçamentária da Despesa do Grupo Hospitalar Conceição – 2º Quadrimestre de 2013

UNIDADE: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

FUNCIONAL COMPLETA	EXECUTADO EM 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI N° 12.798 DE 04.04.2013							% SALDO ORÇAMENTÁRIO F = (E/A)
		PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)	
TOTAL GERAL	51.974.914	56.890.000	50.890.000	50.890.000	24.491.382	12.367.156	12.007.639	26.398.618	51,9
2015 - APERFEIÇOAMENTO DO SUS	39.832.208	42.000.000	36.000.000	36.000.000	11.491.382	3.796.014	3.436.497	24.508.618	68,1
10.302.2015.6217.5027 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde-No Município de Porto Alegre - RS / Hosp.Cristo Redentor - RS	6.832.212	7.350.000	0	0	0	0	0	0	0,0
10.302.2015.6217.5027 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde-No Município de Porto Alegre - RS / Hosp.Fêmeina - RS	6.000.000	6.300.000	0	0	0	0	0	0	0,0
10.302.2015.6217.5027 Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde-No Município de Porto Alegre - RS / Hosp.Nossa Senhora da Conceição - RS	26.999.996	28.350.000	36.000.000	36.000.000	11.491.382	3.796.014	3.436.497	24.508.618	68,1
2115 - PROGRAMA DE GESTÃO E MANUTENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	12.142.706	14.890.000	14.890.000	14.890.000	13.000.000	8.571.142	8.571.142	1.890.000	12,7
10.128.2115.6149.0001 Residência de Profissionais de Saúde - SUS / Hosp.Cristo Redentor - RS	655.826	945.000	0	0	0	0	0	0	0,0

Em R\$1.000

FUNCIONAL COMPLETA		EXECUTADO EM 2012	ORÇAMENTO 2013 - LEI N° 12.798 DE 04.04.2013							
			PLOA 2013	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO ORÇAMENTÁRIO E = (A - B)	% SALDO F = (E/A)
10.128.2115.6149.0001	Residência de Profissionais de Saúde - SUS / Hosp. Fêmnia - RS	639.132	945.000	0	0	0	0	0	0	0,0
10.128.2115.6149.0001	Residência de Profissionais de Saúde - SUS / Hosp. Nossa Senhora da Conceição - RS	10.847.749	13.000.000	14.890.000	13.000.000	8.571.142	8.571.142	8.571.142	1.890.000	12,7

Obs: O Hospital Nossa Senhora da Conceição incorporou os Hospitais Fêmnia e Cristo Redentor no ano de 2012.

Fonte: Siatf; SPO/SE/MS

1.5. Saldo Financeiro nas Contas Bancárias do Fundo Nacional de Saúde em 31/08/2013

LIMITE DE SAQUE COM VINCULAÇÃO DE PAGAMENTO

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

		Em R\$ 1,00
UG Executora	Limite de Saque com Vinculação Pagamento	
250001	GABINETE DO MINISTRO - MS	43.711,60
250005	DEPARTAMENTO DE LOGISTICA EM SAUDE - DLOG	74.526.996,00
250006	COORDENACAO-GERAL DE GESTAO DE PESSOAS	6.407.218,62
250007	SECR. DE CIENCIA, TECNO. E INSUMOS ESTRATEGIC	18.994,24
250009	SECRET. DE GESTAO ESTRATEGICA E PARTICIPATIVA	200.551,06
250010	SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE	241.904,20
250012	NUCLEO ESTADUAL DO MS/AC	15.253,04
250013	NUCLEO ESTADUAL DO MS/AL	232.704,41
250014	NUCLEO ESTADUAL DO MS/AP	196.544,72
250015	NUCLEO ESTADUAL DO MS/AM	1.118.248,43
250016	NUCLEO ESTADUAL DO MS/BA	183.982,10
250017	NUCLEO ESTADUAL DO MS/CE	62.254,42
250019	NUCLEO ESTADUAL DO MS/ES	18.624,14
250021	NUCLEO ESTADUAL DO MS/GO	145.188,83
250022	NUCLEO ESTADUAL DO MS/MA	188.780,23
250023	NUCLEO ESTADUAL DO MS/MT	103.567,51
250024	NUCLEO ESTADUAL DO MS/MS	97.466,18
250025	NUCLEO ESTADUAL DO MS/MG	97.266,13
250026	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PA	97.519,71
250027	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PB	84.071,48
250028	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PR	76.950,02
250029	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PE	138.561,94
250030	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PI	86.606,37
250031	NUCLEO ESTADUAL DO MS/RJ	2.615.729,77
250032	NUCLEO ESTADUAL DO MS/RN	291.679,35
250033	NUCLEO ESTADUAL DO MS/RS	55.066,78
250034	NUCLEO ESTADUAL DO MS/RO	83.189,16
250035	NUCLEO ESTADUAL DO MS/RR	94.397,10
250036	NUCLEO ESTADUAL DO MS/SC	141.749,25
250037	NUCLEO ESTADUAL DO MS-SP	60.719,97
250038	NUCLEO ESTADUAL DO MS/SE	104.729,40
250039	NUCLEO ESTADUAL DO MS/TO	53.255,59
250042	HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO	1.752.629,42
250052	INSTITUTO NACIONAL DO CANCER - RJ	8.061.567,59
250057	INST. NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	1.582.694,47
250059	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	5.101.533,23
250061	HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	3.102.484,74

UG Executora		Limite de Saque com Vinculação Pagamento
250088	SPO-COORD.-GERAL DE ORC.E FINANÇAS	24.051.878,05
250100	SECR. DE GESTAO DO TRAB. E DA EDUC. NA SAUDE	104.494,47
250103	HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA	5.555.075,16
250104	HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	1.714.402,65
250105	HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	616.840,68
250106	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	3.322.019,60
250107	CEF-PROGRAMAS DO MINISTERIO DA SAUDE	4.527.945,72
250110	COORDENACAO-GERAL DE MATERIAL E PATRIMONIO	30.719.694,49
253002	AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA	4.623.346,18
253003	AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR	7.454.755,71
253004	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	23.990,04
253005	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	27.599,24
253006	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	302.403,21
253007	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	42.311,60
253008	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	88.626,19
253009	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	18.787,51
253010	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	9.510,96
253011	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	67.709,52
253012	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	243.284,60
253013	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	36.156,83
253014	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	1.507,22
253015	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	31.004,90
253016	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	122.001,01
253017	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	50.182,14
253018	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	24.382,44
253019	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	33.036,94
253020	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	1.642,35
253021	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	17.372,60
253022	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	26.211,43
253023	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	5.978,96
253024	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	3.726,96
253025	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	5.989,99
253026	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	6.190,67
253027	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	12.924,03
253028	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	222.171,08
253029	COORD.DE VIG.SANIT.DE PORTOS,AER.E FRONTEIRAS	36.658,29
253032	GERENCIA GERAL DE RESSARCIMENTO AO SUS	5.502.965,60
253033	ANS - DISTRITO FEDERAL	278.644,22
253034	ANS - SÃO PAULO	520.410,55
254420	FUNDACAO OSWALDO CRUZ	48.800.289,54
254421	CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHAES	632.584,47

UG Executora		Limite de Saque com Vinculação Pagamento
254422	CENTRO DE PESQUISAS GONCALO MUNIZ	1.018.556,79
254423	CENTRO DE PESQUISAS RENE RACHOU	445.823,33
254445	INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS	24.854.420,15
254446	INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM FARMACOS	54.592.992,86
254447	INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	2.065.915,36
254448	INSTITUTO NAC. DE CONTROLE E QUALID. EM SAUDE	2.527.161,27
254450	ESCOLA NAC. DE SAUDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA	11.243.540,11
254462	DIRETORIA DE ADMINISTRACAO DO CAMPUS-DIRAC	842.024,29
254463	INSTITUTO OSWALDO CRUZ	1.892.812,98
254474	CENTRO DE PESQUISA LEONIDAS MARIA DEANE	168.468,14
254488	CASA DE OSWALDO CRUZ	1.390.064,09
255000	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - DF	276.059.633,53
255001	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - AC	2.894,64
255002	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - AL	45.747,12
255003	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - AP	646,44
255004	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - AM	26.777,92
255005	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - BA	672,28
255006	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - CE	6.395,09
255008	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - ES	8.363,26
255009	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - GO	3.547,97
255010	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - MA	67.462,18
255011	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - MT	150.752,69
255012	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - MS	13.901,61
255013	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - MG	2.393,40
255014	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - PA	68.522,30
255015	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - PB	28.361,98
255016	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - PR	18.827,49
255017	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - PE	182.404,64
255018	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - PI	15.886,55
255019	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - RJ	401.988,56
255020	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - RN	43.945,59
255021	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - RS	189.868,26
255023	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - RR	2.207,14
255024	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - SC	16.517,05
255025	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - SP	24.048,16
255026	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - SE	5.925,77
255027	FUNDACAO NACIONAL DE SAUDE - TO	1.829,68
257001	DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NAC. DE SAUDE	358.960.830,64
257002	SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAUDE	120.684,16
257003	INSTITUTO EVANDRO CHAGAS	1.867.531,27
257005	CENTRO NACIONAL DE PRIMATAS	222.122,81

UG Executora		Limite de Saque com Vinculação Pagamento
257020	SECRETARIA ESPECIAL DE SAUDE INDIGENA - SESAI	84.752,89
257021	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO JURUA	21.227,12
257022	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO PURUS	256.715,92
257023	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA AL/SE	248.759,51
257024	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO NEGRO	550.184,27
257025	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO SOLIMOES	486.103,27
257026	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - JAVARI	147.441,72
257027	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MANAUS	2.103.238,75
257028	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MEDIO PURUS	203.580,67
257029	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MEDIO SOLIMOES	74.117,90
257030	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PARINTINS	91.300,29
257031	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - AMAPA	138.276,47
257032	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - BAHIA	451.854,01
257033	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CEARA	56.109,88
257034	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MARANHAO	22.931,91
257035	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MG/ES	143.974,51
257036	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA MATO GROSSO SUL	116.543,89
257037	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ARAGUAIA	291.463,15
257038	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA KAIAPO MT GROSSO	618.487,58
257039	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CUIABA	256.976,69
257040	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XAVANTE	387.259,68
257041	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XINGU	1.050.674,38
257042	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTAMIRA	630.757,47
257043	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA GUAMA TOCANTINS	454.713,95
257044	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - KAIAPO REDENCAO	7.310,98
257045	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TAPAJOS	545.034,90
257046	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - POTIGUARA	70.240,64
257047	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PERNAMBUCO	204.572,53
257048	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LITORAL SUL	6.137,47
257049	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PORTO VELHO	344.635,81
257050	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - VILHENA	100.841,79
257051	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LESTE RR	882.754,16
257052	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - YANOMAMI	239.624,97
257053	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - INTERIOR SUL	799.404,28
257054	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TOCANTINS	363.072,77
366003	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO S/A	1.821.543,74
Total:		1.001.246.188,47

Fonte: Siafi; CAA/CGOF/SPO/SE/MS

1.6. Execução de Restos a Pagar de 2003 a 2012 (a serem pagos em 2013)

CONSOLIDADO GERAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (INSCRITOS e REINSCRITOS EM 2013 - ATUALIZADO ATÉ 09.09.2013)

EM R\$ 1,00

DENOMINAÇÃO / UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	RESTOS A PAGAR						
	INSCRITOS e REINSCRITOS	CANCELADOS	PAGOS	BLOQUEADOS	SALDO A PAGAR		
					LIQUIDADOS	A LIQUIDAR	TOTAL
PESSOAL A PAGAR EXERC. ANTERIORES	0	0	0	0	0	0	0
PESSOAL ATIVO	50.676.656	10.000	14.178.889	0	6.107.424	30.380.343	36.487.767
PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA	19.953.713	0	0	0	0	19.953.713	19.953.713
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	124.926	124.926	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	70.755.295	134.926	14.178.889	0	6.107.424	50.334.056	56.441.480
FNS	10.734.926.934	227.063.165	4.825.711.842	3.554.638	567.219.561	5.113.189.929	5.680.409.490
ANVISA	87.733.140	266.403	66.294.559	0	39.809	21.036.364	21.076.173
FUNASA	3.463.663.145	474.820.742	459.062.497	0	1.046.741.004	1.482.952.302	2.529.693.306
FIOCRUZ	510.801.794	10.385.519	315.446.383	0	1.332.596	183.637.297	184.969.892
ANSS	24.473.824	2.553.029	19.693.853	0	0	2.226.942	2.226.942
GHC	23.637.233	1.255.880	17.213.308	0	1.986.698	3.181.401	5.168.099
SUBTOTAL	14.845.236.070	716.344.738	5.703.422.441	3.554.638	1.617.319.668	6.806.224.234	8.423.543.903
MS - TOTAL GERAL	14.915.991.365	716.479.664	5.717.601.330	3.554.638	1.623.427.092	6.856.558.291	8.479.985.383

Fonte: Siafi; CAA/CGOF/SPO/SE/MS

1.7. Acompanhamento Mensal da Receita Própria no 2º Quadrimestre de 2013

36901 – Fundo Nacional de Saúde – FNS

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

SIAFI	RECEITA		Realizado 2012	Lei nº 12.798, de 4.04.2013		Receita Realizada						Em R\$ 1,00
	Denominação	FTE		INICIAL	CRÉD. EM ANDAMENTO	LEI + CRÉDITO	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	
13110000	ALUGUÉIS	150	199.078	215.101		215.101	17.569	15.186	15.930	15.660	17.975	15.756
16001300	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	150	21.221	38.150		38.150	7.910	2.012	36.567	10.049	1.929	2.751
15005000	TARIFA INSCRIÇÃO CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS	150			0	0	31	38	25.565	1.764	0	0
19159901	OUTRAS MULT. JUR. MORA DIV. ATIV. OUTR. RECEITAS	150	343.152	169.329		169.329	25.981	23.733	25.864	13.277	34.952	26.078
19189900	MULTAS E JUROS DE MORA	150	41.550	1.782.719		1.782.719	6.387	12.116	3.695	11.878	7.382	2.608
19192700	MULTAS E JUROS PREVISTOS EM CONTRATOS	150	879.949	857.780		857.780	122.232	192.904	29.099	90.420	32.849	21.495
19199900	OUTRAS MULTAS	150	3.805.426	2.401.209		2.401.209	168.194	118.188	301.633	103.706	110.518	162.735
19220100	RESTITUIÇÕES DE CONVÊNIOS	150		0		0	388.800	-25.335.661	26.033.861	1.032.749	1.311.828	910.471
19220100	RESTITUIÇÕES DE CONVÊNIOS	182		0		0	1.005.617	684.132	203.173	92.369	0	0
19220200	RESTITUIÇÕES DE BENEFÍCIOS	150		0		0	4.500	3.242	58	0	0	8.167

RECEITA			Lei nº 12.798, de 4.04.2013												
SIAFI	Denominação	FTE	Realizado 2012	Lei nº 12.798, de 4.04.2013		Receita Realizada									
				INICIAL	CRÉD. EM ANDAMENTO	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho				
	NÃO DESEMBOLSADOS														
	RESSARCIMENTO POR OPERADORAS DE SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	186	72.503.498	44.994.546	44.994.546	0	0	13.709.188	0	0	0	0	0	0	11.218.749
1922900	OUTRAS RESTITUIÇÕES	150	45.170.124	57.624.392	57.624.392	19.504.364	4.482.014	1.622.861	3.521.555	1.576.007					2.125.244
1922901	REC.DÍVIDA ATIVA NÃO TRIBUT. OUTRAS RECEITAS	150	354.592	179.337	179.337	15.893	12.642	13.674	8.818	17.229					14.126
19901600	RECEITA DE PARTICIPAÇÃO SEGUROS - DPVAT	186	3.157.841.114	3.408.171.392	3.408.171.392	628.838.501	322.880.977	300.654.106	334.887.233	297.828.560					255.359.740
19909900	OUTRAS RECEITAS	150	204.399.546	72.265	72.265	21.853	-17.918	2.209	2.007	32.663					-26.765
	TOTAL GERAL		3.485.559.250	3.516.506.220	3.516.506.220	0	3.516.506.220	342.677.483	339.791.485	300.971.892	342.677.483	303.073.605	300.971.892	342.677.483	269.841.155

SIAFI	RECEITA		Receita Arrecadada				Receita Prevista				Total		Frustração ou Excesso
	Denominação	FIE	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Acumulado até Ago.	Projeção Jan/Dez			
13110000	ALUGUÉIS	150	23.819	29.299	17.925	17.925	17.925	17.927	151.194	222.896	7.795		
16001300	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	150	2.016	841	4.000	4.000	4.000	4.000	64.075	80.075	41.925		
15005000	TARIFA INSCRIÇÃO CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS	150	2.560	0	0	0	0	0	29.958	29.958	29.958		
19159901	MULT. JUR. MORA DIV. ATIV. OUTR. RECEITAS	150	35.030	33.342	28.000	28.000	28.000	28.000	218.257	330.257	160.928		
19189900	MULTAS E JUROS DE MORA	150	833	0	50.000	50.000	50.000	50.000	44.899	244.899	-1.537.820		
19192700	MULTAS E JUROS PREVISTOS EM CONTRATOS	150	36.826	31.730	71.482	71.482	71.482	71.478	557.555	843.479	-14.301		
19199900	MULTAS	150	421.651	913.263	260.000	260.000	260.000	260.000	2.299.888	3.339.888	938.679		
19220100	RESTITUIÇÕES DE CONVÊNIOS	150	480.929	743.223	0	0	0	0	5.566.200	5.566.200	5.566.200		
19220100	RESTITUIÇÕES DE CONVÊNIOS	182	0	0	0	0	0	0	1.985.291	1.985.291	1.985.291		
19220200	RESTITUIÇÕES DE BENEFÍCIOS NÃO DESEMBOLSADOS	150	0	89.355	0	0	0	0	105.322	105.322	105.322		
19220500	RESSARCIMENTO POR OPERADORAS	186	13.247,014	20.111,599	7.700,000	7.700,000	7.700,000	7.700,000	58.286,550	89.086,550	44.092,004		

SIAFI	RECEITA	Receita Arrecadada					Receita Prevista				Total		Frustração ou Excesso	
		Denominação	FTE	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Acumulado até Ago	Projeção Jan/Dez			
19229900	DE SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE													
	OUTRAS RESTITUIÇÕES	150	3.550.857	9.330.692	4.802.033	4.802.033	4.802.033	4.802.033	4.802.030	4.802.033	64.922.223	45.714.094		7.297.831
19329901	REC. DIVIDA ATIVA NAO TRIBUT. OUTRAS RECEITAS	150	20.837	23.719	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	20.000	206.938	126.938		27.601
19901600	RECEITA DE PARTICIPAÇÃO O SEGUROS - DPVAT	186	271.553.589	273.306.826	244.000.000	244.000.000	245.000.000	178.000.000	181.171.390	181.171.390	3.533.480.922	2.685.309.532		125.309.530
19909900	OUTRAS RECEITAS	150	192	18.398	6.022	6.022	6.022	6.022	6.024	6.022	56.729	32.639		-15.536
	TOTAL GERAL		289.376.153	304.632.287	256.959.462	257.959.462	194.130.849	190.959.462	194.130.849	2.800.492.392	3.700.501.627	2.800.492.392		183.995.407

Fonte: SIAFI, CAA/CGOF/SPO/SE/MS

Receita Própria em todas as unidades orçamentárias MS

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

DENOMINAÇÃO	Lei nº 12.798, de 4.04.2013		Receita realizada												Total Acumulado	Projeção	Frustração ou Superavit	
	INICIAL	CRÉD. EM ANDA MENTO	LEI + CRÉDITO	Em R\$ 1,00														
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos							
36901 - FUNDO	3.516.506.220	0	3.516.506.220	650.128.332	303.073.605	342.677.483	339.791.485	300.971.892	269.841.155	289.376.153	304.632.287	2.800.492.392	3.700.501.627	183.995.407				
150	63.340.282		63.340.282	20.284.214	-20.491.504	28.111.016	4.811.883	3.143.332	3.262.666	4.575.550	11.213.862	54.911.019	75.948.864	12.608.582				
182	0		0	1.005.617	684.132	203.173	92.369	0	0	0	0	1.985.291	1.985.291	1.985.291				
186	3.453.165.938		3.453.165.938	628.838.501	322.880.977	314.363.294	334.887.233	297.828.560	266.578.489	284.800.603	293.418.425	2.743.596.082	3.622.567.472	169.401.534				
36211 - FUNASA	1.736.812	0	1.736.812	1.816.367	2.410.900	1.999.859	372.818	-347.206	14.480	93.179	15.251	7.222.354	7.396.354	5.659.542				
250	1.736.812		1.736.812	9.342	224.995	7.628	372.818	-347.206	14.480	93.179	15.251	390.487	564.487	-1.172.325				
282				1.807.025	2.185.905	1.992.231	846.706	0	0	0	0	6.831.867	6.831.867	6.831.867				
36201 - FIOCRUZ	96.923.573	0	96.923.573	6.229.238	5.289.182	5.066.062	6.154.261	5.638.850	4.869.608	5.205.577	5.429.331	43.882.109	67.227.689	-29.695.884				
250	93.234.576		93.234.576	6.084.802	5.195.693	4.989.821	6.080.593	5.267.659	4.804.525	5.167.080	5.384.386	42.974.539	65.742.006	-27.492.570				
280	2.794.652		2.794.652	144.436	93.489	76.241	73.668	70.011	56.083	38.497	44.945	597.370	877.370	-1.917.282				
281	894.345		894.345	0	0	0	0	301.200	9.000	0	0	310.200	608.313	-286.032				
36212 - ANVISA	385.864.251	0	385.864.251	28.686.589	25.312.283	30.898.544	39.654.253	24.147.224	30.707.199	32.176.857	35.242.699	246.825.648	368.149.678	-17.714.573				
174	374.436.183		374.436.183	27.393.884	24.179.721	29.663.352	31.890.857	26.958.051	29.535.817	31.026.866	34.307.252	234.954.800	351.826.800	-22.609.383				

DENOMINAÇÃO	Lei nº 12.798, de 4.04.2013		Receita realizada												Total Acumulado	Projeção	Frustração ou Superavit
	INICIAL	CRÉD. EM ANDAMENTO	LEI+ CRÉDITO	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto						
250	486.097		486.097	3.569	224.710	6.677.473	-4.037.168	4.433	9.620	7.266	2.891.877	2.943.907	2.457.810				
280	10.941.971		10.941.971	1.128.993	1.010.482	1.085.923	1.226.341	1.166.949	1.140.371	928.181	8.978.971	13.378.971	2.437.000				
36213-ANS	131.891.685	0	131.891.685	7.967.078	25.171.597	7.941.827	10.240.448	31.987.554	12.902.967	11.027.061	114.409.959	184.613.610	52.721.925				
174	114.079.869		114.079.869	6.828.001	24.278.706	6.506.197	8.974.831	30.589.705	11.250.009	9.769.683	104.041.046	169.400.942	55.321.073				
250	8.793.799		8.793.799	420.761	165.632	707.613	431.974	554.397	891.063	534.726	4.170.597	6.008.344	-2.785.455				
280	9.018.017		9.018.017	718.316	727.259	728.017	833.643	843.452	761.895	722.632	6.198.316	9.204.324	186.307				
36210-HNSC	2.578.998	0	2.578.998	156.394	176.344	226.002	240.246	148.071	238.463	170.424	1.469.227	2.129.987	-449.011				
250	1.484.085		1.484.085	45.660	96.850	146.964	161.166	66.852	162.904	98.095	799.542	1.100.302	-383.783				
280	1.094.913		1.094.913	90.734	79.494	79.038	79.080	81.219	75.559	72.329	669.685	1.029.685	-65.228				
TOTAL GERAL	4.135.501.539	0	4.135.501.539	344.189.442	405.989.889	394.140.646	540.891.454	337.568.067	339.993.196	356.517.053	3.214.501.689	4.330.018.945	194.517.406				

Fonte: Siafi; CAA/CGOF/SPO/SEMS
Em restituições de convênios está sendo considerado as fontes (100,150,151 e 182)

2. Desembolso Financeiro

2.1. Transferência Fundo a Fundo (Por Bloco)

POSIÇÃO: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 25.09.2013)

RS 1,00

UF	Atenção Básica	Média e Alta Complexidade	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Vigilância em Saúde	Investimentos	Total
AC	37.421.903,61	112.637.963,38	2.955.290,30	504.800,00	7.159.951,62	16.265.809,33	176.945.718,24
AP	29.813.632,49	98.893.464,11	2.417.965,56	228.000,00	8.356.491,55	18.930.728,00	158.640.281,71
AM	143.864.291,89	290.074.943,18	15.252.306,63	750.932,00	30.252.933,89	43.434.254,94	523.629.662,53
PA	305.967.995,15	669.041.845,41	30.475.161,79	4.268.715,41	51.296.192,26	73.163.214,19	1.134.213.124,21
RO	69.787.583,83	159.052.423,39	6.118.093,90	957.150,32	11.476.210,28	12.901.407,28	260.292.869,00
RR	18.874.780,81	47.434.356,63	1.722.460,32	164.000,00	6.373.709,86	5.753.360,45	80.322.668,07
TO	92.737.824,35	194.318.671,40	6.115.017,63	1.236.155,82	11.137.850,77	17.303.024,51	322.848.544,48
NORTE	698.468.012,13	1.571.453.667,50	65.056.296,13	8.109.753,55	126.053.340,23	187.751.798,70	2.656.892.868,24
AL	167.005.109,64	409.543.077,17	15.712.842,61	1.131.316,20	18.849.938,77	14.854.673,82	627.096.958,21
BA	666.442.231,62	1.574.704.005,73	64.268.094,23	7.060.073,25	63.220.159,16	95.209.977,62	2.470.904.541,61
CE	402.453.366,23	1.021.548.263,69	45.940.249,07	4.268.242,57	45.499.060,19	66.224.024,75	1.585.933.206,50
MA	364.390.215,81	614.214.978,77	25.139.573,47	674.683,36	36.089.064,97	82.155.665,77	1.122.664.182,15
PB	250.991.666,57	405.098.314,89	19.197.696,88	2.515.090,39	18.547.708,65	33.745.841,16	730.096.318,54
PE	422.345.693,94	1.432.058.299,79	40.876.885,29	4.688.635,23	45.324.188,62	62.501.446,23	2.007.795.149,10
PI	208.495.021,88	327.927.772,21	12.607.265,76	1.279.144,10	15.752.866,46	44.514.059,66	610.576.130,07
RN	176.530.156,46	388.705.175,42	14.705.404,64	1.024.465,00	15.685.850,78	25.537.024,18	622.188.076,48
SE	104.973.620,16	304.737.448,22	10.828.380,85	817.416,00	10.788.244,82	16.130.185,49	448.275.295,54
NORDESTE	2.763.627.082,31	6.478.537.335,89	249.276.392,80	23.459.066,10	269.757.082,42	440.872.898,68	10.225.529.858,20
ES	128.687.146,00	418.191.935,04	25.986.949,59	1.021.287,66	19.138.675,52	12.000.458,65	605.026.452,46
MG	894.051.004,62	2.426.370.899,21	120.187.197,66	17.451.975,65	95.119.027,57	99.596.906,17	3.652.777.010,88
RJ	472.576.074,88	1.995.728.543,36	73.606.818,35	2.793.495,39	83.031.493,68	37.503.588,18	2.665.240.013,84
SP	1.074.109.764,48	4.987.402.288,05	370.690.030,15	11.339.126,17	156.851.949,00	133.113.621,24	6.733.506.779,09
SUDESTE	2.569.423.989,98	9.827.693.665,66	590.470.995,75	32.605.884,87	354.141.145,77	282.214.574,24	13.656.550.256,27
PR	407.453.992,89	1.428.305.990,52	67.680.154,45	2.198.211,20	41.667.421,76	66.732.636,07	2.014.038.406,89
RS	317.994.357,05	1.525.004.488,01	52.086.763,34	8.507.315,06	38.539.266,82	50.056.124,60	1.992.188.314,88
SC	292.835.974,55	689.774.438,47	47.427.853,40	6.945.612,15	26.693.072,42	43.533.852,49	1.107.210.803,48
SUL	1.018.284.324,49	3.643.084.917,00	167.194.771,19	17.651.138,41	106.899.761,00	160.322.613,16	5.113.437.525,25
DF	52.138.636,92	304.221.373,90	18.109.386,52	4.976.142,04	11.906.432,77	9.924.500,00	401.276.472,15
GO	248.170.812,15	679.725.574,87	33.524.042,42	761.860,00	32.668.673,51	47.019.915,90	1.041.870.878,85
MT	137.548.012,25	344.976.468,04	13.726.675,63	821.921,00	19.931.938,93	34.461.533,42	551.466.549,27
MS	112.673.623,75	391.519.032,63	15.525.744,60	963.159,80	17.136.514,38	21.734.504,06	559.552.579,22
CENTRO-OESTE	550.531.085,07	1.720.442.449,44	80.885.849,17	7.523.082,84	81.643.559,59	113.140.453,38	2.554.166.479,49
MS TOTAL	7.600.334.493,98	23.241.212.035,49	1.152.884.305,04	89.348.925,77	938.494.889,01	1.184.302.338,16	34.206.576.987,45

Fonte: FNS/Portal da Transparência

**2.2. Transferência a Estados e Municípios – Quadro Geral por Modalidade de Aplicação
30/31/40/41**

Posição: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

RS1,00				
Modalidade de Aplicação	Dotação Atualizada	Despesas Empenhadas	Despesas Executadas	Valores Pagos
30 TRANSFER. A ESTADOS E AO DISTRITO FEDERAL	2.085.644.609	221.868.487	8.128.877	6.808.906
40 TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS	3.122.205.898	458.170.209	57.867.456	52.856.775
TOTAL TRANSFERIDO POR CONVÊNIO/SIMILAR	5.207.850.507	680.038.696	65.996.333	59.665.681
31 TRANSFER. A ESTADOS E DF - FUNDO A FUNDO	17.322.856.153	13.269.413.134	9.188.613.752	9.162.886.485
41 TRANSFERENCIAS A MUNICIPIOS - FUNDO A FUNDO	38.385.320.119	30.060.043.264	22.316.543.769	22.280.941.947
TOTAL TRANSFERIDO FUNDO A FUNDO	55.708.176.272	43.329.456.397	31.505.157.521	31.443.828.431
TOTAL GERAL	60.916.026.779	44.009.495.094	31.571.153.854	31.503.494.112

Fonte: Siafi; SPO/SE/MS

2.3. Transferência a Estados – Empenhado por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41

Posição: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

Em R\$1,00

UF Beneficiada		30	31	40	41	TOTAL
AC	ACRE	10.277.039,52	127.981.255,03	650.000,00	67.698.932,57	206.607.227,12
AL	ALAGOAS	0,00	192.552.329,73	21.390.891,36	629.085.842,58	843.029.063,67
AM	AMAZONAS	32.750,00	396.307.241,46	0,00	315.010.620,43	711.350.611,89
AP	AMAPA	0,00	59.940.142,42	0,00	92.672.659,52	152.612.801,94
BA	BAHIA	62.926.297,01	1.255.811.095,95	20.847.743,93	2.019.533.949,10	3.359.119.085,99
CE	CEARA	7.730.966,61	246.580.042,43	19.698.459,44	1.632.323.651,13	1.906.333.119,61
DF	DISTRITO FEDERAL	0,00	499.367.365,97	0,00	0,00	499.367.365,97
ES	ESPIRITO SANTO	8.299.487,24	387.430.736,18	6.854.417,93	377.794.300,07	780.378.941,42
GO	GOIAS	3.805.987,55	103.393.038,65	24.034.746,56	1.236.340.858,11	1.367.574.630,87
MA	MARANHAO	754.000,00	316.059.923,32	5.963.231,24	1.146.744.944,57	1.469.522.099,13
MG	MINAS GERAIS	9.138.326,68	931.155.503,65	55.168.141,58	3.695.623.391,85	4.691.085.363,76
MS	MATO GROSSO DO SUL	7.177.862,36	84.027.436,00	1.250.000,00	567.901.792,50	660.357.090,86
MT	MATO GROSSO	0,00	194.439.824,83	24.550.319,61	487.351.575,83	706.341.720,27
PA	PARA	528.900,00	152.563.386,67	11.652.493,65	1.202.639.428,91	1.367.384.209,23
PB	PARAIBA	30.201.127,24	65.695.785,99	13.205.312,37	906.070.565,83	1.015.172.791,43
PE	PERNAMBUCO	2.154.800,00	818.090.809,64	38.639.459,82	1.365.784.255,33	2.224.669.324,79
PI	PIAUI	4.299.904,06	120.073.320,70	23.524.994,88	866.489.485,06	1.014.387.704,70
PR	PARANA	25.997.335,70	886.540.647,82	41.177.279,38	1.713.417.768,10	2.667.133.031,00
RJ	RIO DE JANEIRO	2.496.952,00	560.702.820,83	29.563.469,57	2.706.918.387,03	3.299.681.629,43
RN	RIO GRANDE DO NORTE	6.649.208,82	128.394.737,65	5.400.767,31	590.477.570,97	730.922.284,75
RO	RONDONIA	2.542.648,85	105.654.544,37	36.003.218,08	234.237.655,12	378.438.066,42
RR	RORAIMA	0,00	52.586.497,19	0,00	52.689.333,36	105.275.830,55
RS	RIO GRANDE DO SUL	30.614.174,60	735.770.266,38	16.764.325,81	1.556.631.954,92	2.339.780.721,71
SC	SANTA CATARINA	0,00	445.703.204,91	40.407.025,67	1.016.188.485,44	1.502.298.716,02
SE	SERGIPE	8,18	143.331.846,32	2.921.748,36	387.373.221,38	533.626.824,24
SP	SAO PAULO	4.505.402,74	4.081.443.941,14	15.400.485,33	4.964.310.772,56	9.065.660.601,77
TO	TOCANTINS	1.735.308,00	177.815.388,32	3.101.677,23	228.731.861,56	411.384.235,11
TOTAL GERAL		221.868.487,16	13.269.413.133,55	458.170.209,11	30.060.043.263,83	44.009.495.093,65

Fonte: Siafi; SPO/SE/MS

2.4. Transferência a Estados – Liquidado por Modalidade de Aplicação 30/31/40/41

Posição: AGOSTO FECHADO (Atualizado até 09.09.2013)

Em R\$1,00

UF Beneficiada		30	31	40	41	TOTAL
AC	ACRE	0,00	107.535.875,88	0,00	46.450.901,37	153.986.777,25
AL	ALAGOAS	0,00	123.640.435,04	250.000,00	470.821.458,25	594.711.893,29
AM	AMAZONAS	32.750,00	249.876.285,99	0,00	227.557.280,62	477.466.316,61
AP	AMAPA	0,00	46.927.085,52	0,00	66.933.883,23	113.860.968,75
BA	BAHIA	3.718.064,92	828.927.577,30	1.000.000,00	1.490.063.379,77	2.323.709.021,99
CE	CEARA	430.810,00	172.639.395,07	6.159.303,41	1.210.720.330,26	1.389.949.838,74
DF	DISTRITO FEDERAL	0,00	354.450.311,14	0,00	0,00	354.450.311,14
ES	ESPIRITO SANTO	0,00	310.821.501,80	0,00	256.035.518,61	566.857.020,41
GO	GOIAS	0,00	61.578.622,17	0,00	928.999.640,91	990.578.263,08
MA	MARANHAO	0,00	214.781.684,30	250.000,00	805.768.472,51	1.020.800.156,81
MG	MINAS GERAIS	0,00	654.069.296,15	14.150.521,78	2.694.242.596,50	3.362.462.414,43
MS	MATO GROSSO DO SUL	0,00	62.654.332,26	250.000,00	432.027.636,44	494.931.968,70
MT	MATO GROSSO	0,00	143.923.153,97	1.818.327,29	368.700.803,14	514.442.284,40
PA	PARA	0,00	103.522.428,83	4.592.718,52	902.497.808,84	1.010.612.956,19
PB	PARAIBA	0,00	42.223.025,35	2.037.112,43	644.551.875,23	688.812.013,01
PE	PERNAMBUCO	167.000,00	656.571.381,79	1.499.000,00	1.094.121.234,51	1.752.358.616,30
PI	PIAUI	0,00	71.043.570,45	2.971.237,39	518.629.256,29	592.644.064,13
PR	PARANA	362.016,03	621.650.251,57	5.424.692,94	1.287.461.755,29	1.914.898.715,83
RJ	RIO DE JANEIRO	0,00	366.089.605,10	0,00	2.057.064.210,70	2.423.153.815,80
RN	RIO GRANDE DO NORTE	0,00	111.213.704,06	1.657.332,74	423.091.870,31	535.962.907,11
RO	RONDONIA	0,00	79.031.141,14	2.183.738,27	168.909.233,36	250.124.112,77
RR	RORAIMA	0,00	37.428.391,24	0,00	36.022.284,71	73.450.675,95
RS	RIO GRANDE DO SUL	0,00	544.831.083,29	954.389,08	1.126.628.064,31	1.672.413.536,68
SC	SANTA CATARINA	0,00	283.182.246,49	11.517.331,53	762.236.785,80	1.056.936.363,82
SE	SERGIPE	0,18	106.439.676,34	0,00	287.061.120,74	393.500.797,26
SP	SAO PAULO	1.682.927,74	2.684.697.640,25	651.750,31	3.848.888.421,28	6.535.920.739,58
TO	TOCANTINS	1.735.308,00	148.864.049,95	500.000,00	161.057.945,73	312.157.303,68
TOTAL GERAL		8.128.876,87	9.188.613.752,44	57.867.455,69	22.316.543.768,71	31.571.153.853,71

3. Oferta e Produção de Serviços – Rede Própria e GHC

Produção Assistencial dos Hospitais Próprios e do Grupo Hospitalar Conceição – GHC – 2º Quadrimestre de 2013.

PROCEDIMENTOS	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ CNES: 2269384	MS HOSPITAL DE IPANEMA CNES: 2269775	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO CNES: 2269880	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO CNES: 2269988	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES CNES: 2295423	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA CNES: 2273659
Internação	3.860	2.705	5.424	4.576	2.392	4.302
Consultas	116.754	39.658	75.533	120.606	34.670	64.592
Cirurgia	29.175	3.581	6.661	4.219	1.824	5.107
Partos	-	-	909	115	-	-
Exames Ambulatoriais	696.825	156.837	520.175	461.130	322.181	21.200
Outros Proced. Ambulatoriais	28.018	1.402	14.509	2.093	1.249	2.384
PROCEDIMENTOS	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO AS CNES: 2237571	HOSPITAL FEMINA CNES: 2265052	HOSPITAL CRISTO REDENTOR CNES: 2265060	UNIDADE HOSPITAL CONCEIÇÃO CNES: 2265168		
Internação	21.400	6.685	4.060	-		
Consultas	471.257	82.186	143.532	2.787		
Cirurgia	11.805	4.791	13.575	36		
Partos	2.857	3.269	-	-		
Exames Ambulatoriais	1.186.294	77.532	88.918	2		
Outros Procedimentos Ambulatoriais	59.698	7.274	18.689	422		

Legenda:

- Produção SIH
- Subgrupo 0301 - Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos - SIA
- Grupo 04 - Procedimentos Cirúrgicos - SIA e SIH
- Normal - SIH
- 03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL
- 03.10.01.004-7 - PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
- 03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) Cesária - SIH

<p>04.11.01.002-6 - PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 04.11.01.003-4 - PARTO CESARIANO 04.11.01.004-2 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA Grupo 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica - SIA Atendimentos Ambulatoriais menos os itens Consultas e Exames Ambulatoriais</p> <p>Exames Ambulatoriais - Outros Procedimentos Ambulatoriais</p> <p>(-) Quantitativo não informado pela unidade.</p>

Fonte: Base de Dados do SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais - fornecido pelo DATASUS (tabulados pela CGSI em 24/09/2013)

Fonte: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS (tabulados pela CGSI em 24/09/2013)

NOTA: Apenas o período de janeiro a julho foi disponibilizado nos sistemas de informação do MS.

4. Indicadores (Resultado Cumulativo)

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
Quantidade de parques produtivos públicos modernizados no âmbito do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS)	Quantidade de parques produtivos públicos modernizados em relação à agenda do PROCIS	Unidade	10 parques produtivos públicos modernizados	25 projetos aguardam efetivação de empenho (2012/2013)	10 lab. Públicos apoiados	DECIS/ SCTIE	Ação continuada prevista no âmbito do PROCIS. A proposta é apoiar a modernização dos parques produtivos públicos que apresentarem projetos novos que serão analisados e contemplados em 2013.	Com os valores enpenhados até agosto, foram apoiados projetos plurianuais (iniciados em anos anteriores) e no âmbito do PROCIS, contemplando 10 Laboratórios Públicos. (fonte: Slop)
Percentual de implantação do Hórus em Estados e Municípios	% de municípios e estados alcançados com a implantação do Hórus em relação ao total de municípios e estados brasileiros	%	30% dos municípios e 70% dos estados	14% dos municípios e 63% dos estados	16% dos municípios e 73% dos estados	DAF/ SCTIE	O sistema HORUS foi desenvolvido no âmbito da ação de assistência farmacêutica com a finalidade de dotar estados, DF e municípios de uma ferramenta de gestão para os componentes da assistência farmacêutica – básico, estratégico e especializado.	Até agosto de 2013, o projeto HORUS possui adesão de 2.471 municípios e 20 estados. Destes, 916 (16%) municípios, 19 (73%) estados e o Distrito Federal estão utilizando o sistema para gerenciamento dos serviços farmacêuticos. (Fonte: E-car).
Quantidade de municípios definidos no "Programa Brasil sem Miséria" implantados com o Programa "Farmácia Popular"	Quantidade de municípios atendidos com farmácias ou drogarias do Programa Farmácia Popular	unidade	370 novos municípios do Programa BSM atendidos pela Farmácia Popular do Brasil	13 novos municípios do Programa BSM atendidos	44 novos municípios do Programa BSM atendidos	DAF/ SCTIE	De janeiro a junho de janeiro de 2013, o programa farmácia popular ampliou a rede credenciada em 44 municípios mapeados pelo Plano Brasil Sem Miséria, passando de 1.278 para 1.317 municípios.	
Percentual de demandas de incorporação tecnológica atualizadas / avaliadas no prazo	Quantidade de análises e avaliações realizadas em relação a demanda	unidade	100%	89,29%	95,10%	Comitec /SCTIE	Incorporação Tecnológica em Números: (1) Demandas de incorporação tecnológica de no período: 245 (Externas: 245)	Incorporação Tecnológica em Números: (1) Demandas de incorporação tecnológica de no período: 245 (Externas: 245)

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
	por incorporação de medicamentos no SUS						incorporação tecnológica no período: 171 (Externas: 120; Internas: 51); (2) processos não concluídos: 162 (4) conformes: 60; (3) Processos em análise: 83 ; (4) Processos em análise: 56 (5) Demanda Externa: 20; (6) Demandas fora do prazo: 12; (7) Consultas Públicas: 62 e nº de contribuições: 3.877 ;	136; Internas: 109); (2) processos não concluídos: 67; (3) Processos em análise: 162 (4) conformes: 60; (3) Processos em análise: 83 ; (4) Processos em análise: 56 (5) Demanda Externa: 20; (6) Demandas fora do prazo: 12; (7) Consultas Públicas: 62 e nº de contribuições: 3.877 ;
Número de bolsas pagas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde.	Nº de bolsas pagas ao mês para os participantes do programa PET-Saúde	Unidade	12.000/mês	7.927/mês	9.265/mês	SIG/Pet (Sgres)		Dados até maio/13 quando foi iniciado o PET/Vigilância em Saúde.
Número absoluto de óbitos por dengue	Número de óbitos confirmados por dengue, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	unidade	394	220	424	SINAN (SVS)	Até a Semana Epidemiológica 18, correspondente ao período de 30/12/2012 a 04/02/2013, foram confirmados 220 óbitos o que representa um aumento de 21% em relação ao mesmo período de 2012, quando 182 óbitos foram confirmados.	Até agosto foram confirmados 424 óbitos o que representa um aumento de 67% em relação ao mesmo período de 2012, quando 254 óbitos foram confirmados.
Cobertura vacinal da tetravalente/pentavalente em menores de 1 ano	Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com a 3ª dose da tetravalente/pentavalente dividido pela População de menores de 1 ano x 100.	percentual	95%	93,7%	95%	SI-PNI/ API/ Sinasc (SVS)	A cobertura vacinal da vacina pentavalente está em 93,7%, considerando dados preliminares apurados em 26/04/2013.	Dados parciais de janeiro a maio de 2013 apontam que 39,80% dos municípios do país (2.215 municípios) apresentaram cobertura vacinal maior ou igual a 95%.

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 - 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 - 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
Número absoluto de casos de malária	Número absoluto de casos de malária confirmados	Unidade	226.000	40.821	73.765	Sivep-Malária (SVS)	O número de casos de malária registrado sofreu uma redução de 37% no período de janeiro a março de 2013 (40.821) quando comparado com o mesmo período de mesmo período de 2012 (64.941).	Redução de 31% no período de janeiro a maio de 2013 (73.765) quando comparado com o mesmo período de 2012 (107.116).
Percentual de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados	Total de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados na região/ total de óbitos maternos e de MIF presumíveis de morte materna na região x 100	Percentual	85% - Materno 85% - MIF	73% - Materno 75% - MIF	78% - Materno 79% - MIF	SIM (SVS)	73% (1006/1377) de todos os óbitos maternos foram investigados, sendo 12 UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 10 UF entre 65% a 84%. Em relação aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) 75% foram investigados, sendo 6 UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 15 UF entre 65% a 84%.	Até agosto de 2013, 79% (51536/ 65109) de todos os óbitos MIF foram investigados. Doze UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 10 UF entre 65% a 84%. 78% (1127/1441) de todos os óbitos maternos foram investigados. Quinze UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 7 UF entre 65% a 84%.
Número de amostras de água analisadas para o parâmetro coliforme total	Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais realizadas pela vigilância	unidade	477.950 (40%)	77.828 (6,51%)	204.211 análises (17,09%)	Sisagua (SVS)	A Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano prevê, para o ano de 2013, a realização de 1.195.176 análises para o parâmetro coliformes totais. A meta de 40% do número de amostras de água analisadas para o parâmetro corresponde à realização de 477.950 análises. Assumindo-se uma distribuição uniforme do número de análises	Até agosto, os dados do Sisagua demonstram que foram realizadas 204.211 análises (17,09% do total de análises estabelecido no Plano de Amostragem para o parâmetro coliforme total 02.05.01).

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
							realizadas durante o ano, era esperado, até o mês de abril, o cumprimento de 13,33% do Plano de Amostragem, o que corresponde a 159.357 amostras de água analisadas para o parâmetro coliformes totais. Os dados ainda parciais mostram que o cumprimento foi de 6,51% do Plano.	
Número de portadores de Hepatites Virais C com indicação de tratamento, recebendo medicamento	Número absoluto de portadores de Hepatites Virais C com indicação de tratamento, recebendo medicamento	unidade	17.400	Em apuração.	13.000	SVS	Foi implementada a rede centralizada de biologia molecular para hepatite C em 43 laboratórios, sendo ao menos um em cada UF do Brasil.	Até o terceiro trimestre de 2013 foram tratados mais de 13 mil portadores de hepatite C.
Índice de Risco Sanitário em Portos, Aeroportos e Fronteiras	Riscos identificados em fiscalizações dividido pelos Riscos aplicáveis nas mesmas fiscalizações, multiplicado por 100.	Percentual	9%	8,11 %	7,83%	Sistema Sagarana -software Risk Manager (Anvisa)	Meta cumprida. O Risco sanitário de 8,11%, ou seja, abaixo do limite máximo estabelecido pela meta. Como benefício para população está a prevenção de ocorrência de doenças e agravos por meio da promoção de ambientes e serviços saudáveis em Portos, Aeroportos e Fronteiras. O sistema Sagarana permite aprimorar o processo de gestão em vigilância sanitária ao mudar o foco da produção	Meta Cumprida. Houve a redução do risco sanitário de 8,11% do primeiro quadrimestre para 7,83% apurado no segundo quadrimestre. Com este resultado a Anvisa cumpre o objetivo de reduzir e manter o risco sanitário analisado pelo sistema Sagarana em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegados em níveis aceitáveis que garantam segurança para população.

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
Incremento no número de culturas agrícolas analisadas quanto à presença de resíduos de agrotóxicos, passando de 20 para 22 culturas analisadas	Nº de novas culturas/nº total de culturas já analisadas x100	Percentual	2 novas culturas incluídas (goiaba e trigo)	0%	0%	Anvisa: Relatório do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos	(inspeções realizadas) para o resultado desse trabalho (risco sanitário avaliado).	A coleta de amostras e envio das mesmas para os laboratórios de análises integrantes do PARA foi iniciada na semana do dia 06/05/2013. As duas novas culturas a serem coletadas pelo PARA são a goiaba e o trigo e após consulta ao calendário agrícola, decidiu-se iniciar a coleta das novas culturas somente na terceira rodada, ou seja, 30/09 a 09/12 de 2013.
Total de unidades farmacêuticas produzidas (FioCruz)	Total de unidades farmacêuticas produzidas no ano	unidade	1.541.765,30	140.037,034	202.544,600	FioCruz	A produção de medicamentos se relaciona diretamente com as perspectivas de necessidades do Ministério da Saúde em adquirir medicamentos da FioCruz.	
Pacientes atendidos em atenção de referência pelos hospitais da FioCruz ¹	Somatário do atendimento nas unidades de atenção por público alvo	unidade	89.736	30.594	42.391	FioCruz	Pacientes atendidos nas especialidades de doenças infecciosas e gestantes, crianças e adolescentes de alto risco, incluindo ambulatório e internações.	
Exame laboratorial realizado ² pelas unidades da FioCruz	Total de Exames laboratoriais de referência realizado no período	unidade	299.837	41.375	86.317	FioCruz	Exames laboratoriais de referência para doenças infecciosas.	

¹ Hospitais da FioCruz que são referências nas áreas de saúde da mulher e da criança (Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança) e de doenças infecciosas (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas).

² A FioCruz possui 50 laboratórios e departamentos considerados centros de referência nacional ou internacional por instituições brasileiras e estrangeiras.

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	N° de ESF + N° de ESF equivalente) X 3.000 determinado local e período/Pop. local e período X 100	%	60,6%	59,3%	60,2%	SIAB e SCNES (SAS)	A Atenção Básica apresenta uma cobertura de 59,3% da população brasileira, contando com 33.193 equipes de ESF e 6.969 ESF equipes atuando em 5.490 municípios.	A Atenção Básica apresenta uma cobertura de 60,2% da população brasileira, contando com 33.193 equipes de ESF e 6.969 ESF equipes atuando em 5.490 municípios.
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40 X 3.000 em determinado local e período/População no mesmo local e período	%	49,5%	48,4%	48,8%	SIAB (SAS)	A Saúde Bucal conta com 33.481 equipes operando em 5.478 municípios, atingindo uma cobertura populacional de mais de 93,1 milhões de pessoas.	
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	N° de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres realizados para detecção de lesão precursora do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos em determinado local e ano / 1/3 da População feminina nessa faixa etária no mesmo local e ano.	Razão	0,75	0,69 (razão do ano de 2012 completo)		SIA e IBGE (SAS)	Atenção: Dado ao fato desse indicador ser anual, não é correto estatisticamente fazer a conta dele por trimestre. Assim o mesmo será retirado deste relatório e incluído no RAG.	
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	N° de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69	Razão	0,65	0,4 (razão do ano de 2012 completo)		SIA e IBGE (SAS)	Atenção: Dado ao fato desse indicador ser anual, não é correto estatisticamente fazer a conta dele por trimestre. Assim o mesmo será retirado deste relatório e incluído no RAG.	

Denominação	Fórmula de Cálculo	Unidade de medida	Meta 2013	Índice Apurado 2013 1º quadrimestre	Índice Apurado 2013 2º quadrimestre	Fonte	Obs. 1º quadrimestre	Obs. 2º quadrimestre
	anos em determinado local e ano / 1/2 da População feminina nesta faixa etária, no mesmo local e ano							
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ CAPS I X } 0,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS II}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS III X } 1,5) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS ad}) + (\text{N}^\circ \text{ CAPS ad III X } 1,5)}{\text{População} \times 100.000}$	Taxa (100.000)	0,88	0,82	0,83	Coordenação Geral de Saúde Mental e IBGE (SAS)	Até junho foram habilitados 75 novos CAPS totalizando 2.021 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	

5. Resultados Qualitativos das Diretrizes do PAS – 2º Quadrimestre/2013

Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.

Uma das prioridades na implementação dessa diretriz será a ampliação do acesso e da qualidade da atenção primária por meio da elevação da quantidade das equipes de saúde da família e de saúde bucal. Ainda nesse nível de atenção, as prioridades estão voltadas para a adequação da infraestrutura das unidades básicas, aprimoramento dos parâmetros de qualidade e a expansão e qualificação do sistema. Com relação à atenção especializada, será privilegiada a organização dos serviços em redes, nas quais deverão ser qualificados o acolhimento e a humanização das práticas.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a área física e/ou reformar de 23 mil unidades básicas de saúde (UBS)	UBS ampliadas/reformadas	8.000	1.835 ampliações; 1.960 reformas	12L5 - Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS e 8577 - PAB Fixo PO 0003 - Reformas
Implantar 3.272 UBS, passando de 36.892 UBS em 2011 para 40.164 até 2015	UBS implantadas	1.253	1.290 UBS construídas, sendo 890 Não PAC e 400 PAC. Além disso, foram contempladas mais 4.675 novas propostas de construção.	
Ampliar em 46 mil o número de agentes comunitários de saúde, passando de 244 mil agentes em 2011 para 291 mil até 2015	Novos ACS implantados	8.013	dez/2012 = 257.265 ; abr/2013 = 254.689; jul/2013 = 255.772	
Ampliar em 5.963 o número de equipes de saúde família, passando de 31.660 equipes em 2011 para 37.623 até 2015.	Equipes implantadas	1.009	dez/2012 = 33.404; abr/2013 = 33.726; jul/2013 = 34.185	20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família
Ampliar em 6.800 o número de equipes de saúde bucal, passando de 20.424 equipes em 2011 para 27.224 até 2015	ESB implantadas	615	dez/2012 = 22.203; abr/2013 = 22.153; jul/2013 = 22.630	

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Promover a adesão de 5.556 municípios ao programa "Saúde na Escola"	Municípios com acesso ao Programa "Saúde na Escola"	3.890	4.843 municípios aderidos	
Implantar 977 equipes de atenção à saúde domiciliar até 2015	Equipes de atenção à saúde domiciliar implantadas	400	253 EMAD; 129 EMAP. Além disso, foram habilitadas 650 EMAD e 313 EMAP.	
Implantar 953 centros de especialidades odontológicas (CEO), passando de 950 CEO em 2011 para 1.903 até 2015	CEO's implantados	200	21 CEO's implantados, de janeiro a julho. Destes, 5 novos CEO estão em municípios BSM. Total de 965 CEOs.	8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada
Implantar 160 novas equipes de saúde no sistema penitenciário, passando de 300 em 2011 para 460 em 2015	Equipes de saúde no sistema penitenciário implantadas	40	Foi pactuada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, com previsão de publicação da portaria e consequente início de habilitação de novas equipes a partir de novembro/2013	20B1 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional
Aumentar em 10% ao ano o número de transplantes de órgãos sólidos e não sólidos realizados, passando de 21.000 para 30.800	Transplantes de órgãos sólidos e não sólidos realizados	25.000	11.597 transplantes realizados (1º semestre)	8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
Implantar 15 centros de alta complexidade em oncologia, passando de 28 centros em 2011 para 43 até 2015	Centros de alta complexidade em oncologia implantados	4	Não houve implantação de unidade este ano; foram habilitados 10 novos hospitais em oncologia (UNACON)	7833 - Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON
Implantar 270 redes loco-regionais de serviços de reabilitação, passando de 334 serviços em 2011 para 604 até 2015[1]	-	-	*Viver sem limites	-
Implantar, em pelo menos 10 estados do país, a Política de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias	Estados com a política de atenção às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias implantada	-	Meta superada em 2012 (27 UF).	4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas

* Meta inserida antes do lançamento do Programa *Viver sem Limites*. Será atualizada na revisão do PNS.

Informações Adicionais

No segundo quadrimestre de 2013, houve queda no número Agentes Comunitários de Saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em comparação com 2012. Por outro lado, houve aumento do quantitativo de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal até julho de 2013, em relação a dezembro de 2012.

- ACS: dez/2012 = 257.265 ; abr/2013 = 254.689; jul/2013 = 255.772;
- ESF: dez/2012 = 33.404; abr/2013 = 33.726; jul/2013 = 34.185; e
- ESB: dez/2012 = 22.203; abr/2013 = 22.153; jul/2013 = 22.630.

Parte deste resultado pode está relacionado ao descredenciamento de profissionais no início de 2013 em função da atuação em dois ou mais municípios; ou pela ausência de atualização do SCNES.

Instituído em 2007, o Programa Saúde na Escola – PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. O PSE deve ser estendido aos educandos de todas as escolas da educação pública básica do país: estaduais e municipais. A partir de 2013 estão incluídas no Programa: creches (incluindo as conveniadas); pré-escolas; ensino fundamental; ensino médio; educação de jovens e adultos. Cada escola pactuada no Programa passa a ter uma Equipe de Saúde da Atenção Básica de referência para executar as ações intersetoriais. O prazo para adesão ao PSE em 2013 foi aberto em 16 de maio. Até setembro, 4.843 municípios aderiram ao Programa totalizando 79.934 escolas envolvendo 18.580.356 educandos pactuados (958.009 educandos de creches, 1.957.339 educandos de pré-escolas, 12.799.562 ensino fundamental, 2.075.402 educandos de ensino médio e 790.044 educandos do Ensino de Jovens e Adultos). Ao todo, os gestores pactuaram 29.748 equipes de Atenção Básica.

Com relação à Saúde Bucal, no ano de 2013 (Janeiro a Julho/2013), observou-se a continuidade da intensificação da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tendo sido implantados 21 Centros, perfazendo um total de 965 unidades em 795 Municípios. Nesta área destacam-se ainda: i) Produção de aproximadamente 150,4 mil próteses dentárias; ii) Ampliação da implantação das Equipes de Saúde Bucal como parte da Estratégia Saúde da Família em 427 novas Equipes de Saúde Bucal, totalizando 22.630 equipes operando em 4.935 (88,7%) municípios, atingindo uma cobertura populacional de 72,1 milhões de pessoas; iii) Acréscimo de 78 Laboratórios de Próteses Dentárias, totalizando 1.429 em todo o Brasil; iv) Doação de 1.675 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas

equipes, principalmente para municípios com maior concentração de populações vivendo em extrema pobreza (de Janeiro a Junho).

Em relação à atenção especializada (AE) o MS seguiu expandindo o número de procedimentos em média e alta complexidade, com especial ênfase à Política Nacional de Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, lançada pelo Governo Federal Neste ano de 2013, no período de janeiro a junho foram realizados 1.005.666 procedimentos cirúrgicos eletivos a um custo de R\$ 536.679.578,26, sendo 223.039 procedimentos no valor de R\$ 137.880.714,64 do Componente I (Cirurgias de Catarata); 84.144 procedimentos no valor de R\$ 88.839.607,50 do Componente II (Especialidades e procedimentos prioritários em ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, vascular e oftalmologia) e 698.483 procedimentos no valor de R\$ 309.959.256,12 do Componente III (Procedimentos definidos pelo gestor de saúde, ressaltando-se que deverão pertencer ao grupo 04 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, de média complexidade).

O Ministério da Saúde passa a disponibilizar para as crianças de seis meses a menores de cinco anos de idade - residentes em todos os municípios das Regiões Norte e Nordeste e municípios prioritários do Plano Brasil Sem Miséria das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul - a suplementação de vitamina A. A suplementação, com megadoses de vitamina A, contribui para a redução do risco global de morte, mortalidade por diarreia, além de ajudar no desenvolvimento e crescimento das crianças. A vitamina A também pode ser recebida na rotina dos serviços de saúde.

Esse ano, a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), criado em 1996 no Sistema Único de Saúde (SUS), para as equipes de Atenção Básica – feita pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – contou com 24.515 equipes inscritas, em 4.371 municípios brasileiros. A meta é reduzir de 15% para 9% a proporção de fumantes na população adulta até 2022. O tabagismo – assim como a alimentação não saudável, a inatividade física e o uso abusivo de álcool – está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de infarto agudo do miocárdio, AVC e câncer. Ainda hoje, o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis.

Diretriz 2 - Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) envolve a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. A abrangência dos serviços em caráter de urgência e emergência torna necessária a qualificação das unidades de atendimento que operam com essa finalidade. O espectro de serviços abrange desde o contato inicial em situação de urgência e emergência, os cuidados necessários e o referenciamento para a continuidade do tratamento, quando prescrito.

Um dos componentes mais importantes da RUE é o Serviço Móvel de Urgências e Emergências (Samu), com as unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida, portadoras de conformações adequadas a cada situação de saúde e atendimento de acordo com o referenciamento das Centrais de Regulação Médica. Para que seja comprovada a efetividade do atendimento, além da ampliação da cobertura pelo SAMU e pelas UPAS, é necessária a qualificação das unidades de prontas socorros, principais portas de entrada para as urgências. Essa qualificação constitui-se na base de operacionalização dessa diretriz. Essa rede será organizada de modo a ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Adquirir 2.160 ambulâncias até 2015	Ambulâncias adquiridas	364	2.180 ambulâncias já foram adquiridas antecipadamente no exercício de 2012.	8933 - Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar
Implantar ou expandir 64 novas centrais de regulação do SAMU até 2015	Novas Centrais de Regulação do SAMU implantadas/expandidas	16	No ano de 2013, até maio, foram habilitadas 2 Centrais de Regulação	
Reformar, ampliar ou equipar 231 unidades de atenção especializada dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015	Unidades de atenção especializada reformadas/ampliadas ou equipadas	70	Até o momento foram cadastradas 92 propostas para a rede de urgência. O resultado da análise destas propostas finalizará em 31 de dezembro de 2013.	

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Implantar 2.163 leitos hospitalares (leitos de UTI, unidade de cuidado intermediário/UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação) dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015	Leitos hospitalares implantados	550	656 leitos de UTI adulto; 101 leitos de UTI pediátrico; 171 leitos de UTI neonatal; total de 928 leitos habilitados de UTI	
Implantar 500 UPA, passando de 596 em 2011 para 1.096 até 2015	UPA's implantadas	192	41 UPA's qualificadas em 2013.	12L4 - Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA

Informações Adicionais

Em 2013, no período de janeiro a julho, o SAMU 192 operou com 3.035 Unidades Móveis habilitadas. Destas, temos, 2.249 (74%) Unidades de Suporte Básico (USB), 561 (18%) Unidades de Suporte Avançado (USA), 212 (6 %) Motolâncias, 8 Equipes de Embarcação e 5 Equipes de Aeromédico. Atualmente o SAMU conta ao todo com 180 Centrais de Regulação, das quais duas, foram implantados em 2013, empenhados na regulação deste serviço em torno de 2.630 municípios, somando uma população com acesso ao SAMU 192 de 139, 4 milhões de habitantes, e uma cobertura populacional de 72%.

Nessa linha de atendimento, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H) constituem-se em componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, de disponibilização ininterrupta, com potencial para resolver até 97% dos casos atendidos reduzindo as filas nos prontos-socorros dos hospitais. Oferecem estrutura simplificada - com Raios-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

Numa visão geral, atualmente há 278 UPA funcionando no Brasil sendo 89 UPA construídas pelas SES e SMS e 189 UPA construídas com recursos do Governo Federal. No momento 231 recebem custeio e no ano de 2013, 16 estão habilitadas em custeio; 151 recebem custeio por qualificação, o que inclui as UPA construídas pelas SES/SMS. Há 41 UPA's qualificadas em 2013. O Programa SOS Emergências lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde tem como objetivo melhorar o atendimento nas unidades de urgência e emergência dos principais hospitais do País que integram o SUS. Já se encontra implantado em 22 unidades, com previsão de entrada de mais 8 unidades ainda em 2013. Foram disponibilizados 1.189 leitos de retaguarda para emergências destes hospitais. E em parceria com Hospitais de Excelência, 2.160 profissionais foram capacitados. Dos 22 hospitais, 19 apresentaram proposta para readequação tecnológica e já receberam o repasse do recurso e os equipamentos estão em fase de licitação.

Diretriz 3 - Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.

A implementação dessa diretriz organiza-se a partir do desenvolvimento da “Rede Cegonha” (estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil), por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir: (i) acolhimento, ampliação do acesso e qualidade do pré natal; (ii) vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iii) boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (iv) atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses, com qualidade e resolutividade; e (v) ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo.

Ênfase ao tratamento oncológico, por meio de incentivos à renovação dos equipamentos de alta voltagem, a implementação de centros de diagnóstico do câncer de colo de útero e unidade de diagnóstico do câncer de mama, além da qualificação desses pontos de atenção, por meio de incentivos para aprimoramento dos exames realizados.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma, aquisição de equipamentos e materiais) para a atenção humanizada ao parto e nascimento	Maternidades com ambiência adequada	11	Ambiência – 89 empenhadas, 11 com obras em licitação e 3 com obras em andamento. Destas, 6 com previsão de entrega em 2013.	20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha
Ampliar a investigação de óbitos infantis e fetais, passando de 24% em 2010 para 50% até 2015	Investigação de óbitos infantis e fetais ampliada (%)	70	62% de todos os óbitos infantis foram investigados.	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 000A - Informação e Análise de Situação de Saúde)
Ampliar a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil por causas presumíveis de morte materna, passando de 53% em 2010 para 85% até 2015	Investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil ampliada (%)	85	79% (51.536/ 65.109) de todos os óbitos MIF foram investigados. Doze UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 10 UF entre 65% a 84%.	
Ampliar em 513 o número de leitos de unidade de terapia intensiva para adultos localizados em hospitais habilitados em alto-risco obstétrico, passando de 2.382 leitos para 2.895 até 2015	Leitos de UTI para adulto implantados	-	Até junho de 2013 nenhum serviço novo habilitado em GAR. Até este momento foram qualificados 1.682 leitos existentes em 86 maternidades anteriormente habilitadas em GAR.	20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar em 684 o número de leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, passando de 3.775 leitos em 2011 para 4.459 até 2015	Leitos de UTI neonatal implantados	227	Até agosto de 2013, foram implantados 152 leitos de UTI Neo.	8762 - Implementação de Ações e Serviços às Populações em Localidades Estratégicas e Vulneráveis de Agravos
Capacitar 200 parteiros de comunidades quilombolas	Parteiros capacitados	300	269 parteiros tradicionais capacitados	8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
Custear 3.141 leitos de unidades de cuidado intermediário neonatal (UCI), passando de 349 leitos custeados em 2011 para 3.490 até 2015	Leitos de UCI custeados	10	Até agosto, foram criados 126 novos leitos de UCI e mais 258 de UCI foram custeados. Foram criados 278 novos leitos neonatais, sendo 152 de UTIN e 126 de UCI e mais 648 leitos neonatais (390 de UTIN e 258 de UCI) receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal.	
Implantar 156 novas casas de gestante, bebê e puérpera, passando de 36 (implantadas pela "Rede Cegonha") em 2011 para 192 até 2015	CGBP implantadas	6	14 obras em andamento (de um total de 30 propostas empenhadas). 3 obras em fase de licitação e 1 com previsão de entrega em 2013, no Maranhão.	20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha
Implantar 249 novos centros de parto normal, passando de 35 centros (implantadas pela "Rede Cegonha") em 2011 para 284 até 2015	Centros de parto normal implantados	5	43 propostas de CPN empenhadas. Destas, 2 estão com obras em andamento.	
Implantar 50 serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama.	Serviços de referência implantados	10	Foram efetuados repasses para 5 serviços de referência para a compra de equipamentos.	
Implantar 20 serviços de diagnóstico e tratamento de lesões precursoras	Serviços de diagnóstico e tratamento de lesões precursoras implantados	15	Foram efetuados repasses para 20 serviços para confirmação diagnóstica, sendo 18 para a compra de equipamentos, 1 para reforma e 1 para estudo, pesquisa e capacitação.	8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
Realizar 15,2 milhões de mamografias bilaterais	Mamografias bilaterais realizadas	3.000.000	969.790 (dado referente à faixa etária de 50 a 69 anos). O número de exames incluindo aqueles fora dessa faixa etária é de 1.790.302	
Realizar 48 milhões de exames citopatológicos	Exames citopatológicos realizados	9.000.000	3.537.164	
Realizar o teste de eletroforese em 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha"	Percentual de teste de eletroforese realizados	50 (1.100.000 gestantes)	De janeiro a julho de 2013 foram realizados 324.605 testes de eletroforese no Brasil	8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Realizar teste rápido da sífilis em 100% das gestantes usuárias do SUS até 2015, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha"	Percentual de teste rápido da sífilis realizado	70	No âmbito da Rede Cegonha, foram distribuídos 71.542 testes rápidos de sífilis e HIV para gestantes, em todo território nacional, de janeiro a maio de 2013. (O número informado no 1º quadrimestre dizia respeito à testagem na população em geral.)	

Informações Adicionais

Pela Rede Cegonha foram implantados, em 2013, 152 leitos UTI Neo, 126 de UCIN e mais 4.011 leitos neonatais (2.074 de UTIN e 1.937 de UCIN) receberam custeio para qualificação do cuidado neonatal até o momento. A previsão é habilitar outros 326 novos leitos de UTI e 716 novos leitos de UCI neonatais ainda este ano. Atualmente, o Brasil conta com 4.179 de UTI Neonatal e 2.281 leitos de UTI Pediátrico. Em relação a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), de janeiro a agosto, há 3 obras em fase de licitação e 1 com previsão de entrega em 2013, no Maranhão, além de 14 obras em andamento (de um total de 30 propostas empenhadas). Em relação aos Centros de Parto Normal (CPN), até o momento, em 2013, são 7 obras em andamento, e 1 com previsão de entrega em 2013, no Acre.

Todos os estados da federação aderiram à rede cegonha contemplando 5.022 municípios com uma cobertura de 2,3 milhões de gestantes.

No período de janeiro a agosto de 2013, cerca de 190 mil litros de leite humano foram pasteurizados, com qualidade certificada e distribuídos a mais de 109.367 mil recém-nascidos, envolvendo a participação de 101.727 mil mães que integram voluntariamente o programa de doação. Além disso, mais de 1,2 milhões de mulheres, gestantes e nutrizes recorrem aos Bancos de Leite Humano em busca de apoio assistencial para amamentar diretamente seus filhos neste período. Na estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB foram realizadas 26 oficinas para profissionais da atenção básica e municípios da ANDI com previsão de totalizar 40 oficinas até dezembro deste ano. A Estratégia conta com 780 profissionais capacitados como tutores e 130 Unidades Básicas de Saúde sensibilizadas. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) capacitou até o momento 129 avaliadores dos 26 estados e do Distrito Federal, atualizados nos novos critérios da IHA: presença de acompanhante para o recém-nascido internado em UTI e UCI neonatal durante todo o período de permanência no hospital e as boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto.

Na ação mulher trabalhadora que amamenta foram realizadas oficinas em 15 capitais e capacitados 417 profissionais para atuarem na sensibilização de gestores de empresas e instituições públicas para adesão da licença maternidade de 6 meses, sala de apoio à amamentação e creche no local do trabalho. Para a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso foram capacitados 99 tutores e certificados 7 hospitais estaduais de referência. Para a Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), no componente neonatal, foram capacitados cerca de 700 profissionais da saúde indígena de todos os estados da Amazônia Legal e Nordeste.

A triagem neonatal para hipotireoidismo congênito e doença falciforme (fase II) foi universalizada em todo o Brasil.

No âmbito da Rede Cegonha, foram distribuídos aproximadamente 71.542 testes rápidos de sífilis e HIV para gestantes, em todo território nacional, de janeiro a maio de 2013. Outra importante ação para o acompanhamento das gestantes foi o desenvolvimento do SISPRENATAL WEB, software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas na Rede Cegonha. Até o final de junho, 413.593 gestantes foram cadastradas no SISPRENATAL WEB em 3.218 municípios.

Este ano foi realizada pesquisa de satisfação da usuária da Rede Cegonha, concretizada por meio de inquérito telefônico, operacionalizado pelos teleatendentes da Central de Pesquisa e Acolhimento Humanizado (telefone 136). O segundo relatório dessa pesquisa compreendeu o período de maio de 2012 a fevereiro de 2013, contabilizando 83.875 mulheres entrevistadas.

Para ampliar e fortalecer a rede de atenção à saúde para o controle de câncer, foram realizados 3.537.164 exames citopatológicos e 969.790 mamografias bilaterais na faixa etária de 50 a 69 anos (1.790.302 no total).

Diretriz 4 - Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.

O modelo adotado para essa linha de atuação busca garantir a atenção à saúde e a livre circulação das pessoas com transtornos mentais. Para dar suporte a essa proposição o SUS conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

O fortalecimento dessa rede compreende o apoio financeiro à ampliação do acesso e a qualificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares. Entre as estratégias, é fundamental o custeio dos consultórios na rua, incluindo a expansão dessas unidades, com a incorporação de equipes multidisciplinares volantes para o atendimento às pessoas em situação de rua, com desenvolvimento de ações de prevenção, redução de danos, promoção e cuidados básicos em saúde.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar em 2.400 o número de beneficiários do Programa "De Volta para Casa", passando de 3.786 em 2011 para 6.186 até 2015	Beneficiários com o Programa "De Volta para Casa"	4.694	4.160 beneficiados pelo programa até agosto de 2013.	20A1 - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)
Implantar 3.508 novos leitos de atenção integral de saúde mental em hospitais gerais e qualificar 1.615 leitos existentes, passando de 4.121 em 2011 para 7.629 até 2015	Leitos implantados/qualificados	1.700	499 leitos habilitados de saúde mental em hospitais gerais em 2013	8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
Implantar e implementar 640 centros de atenção psicossocial (CAPS), passando de 1650 em 2011 para 2290 até 2015	CAPS construídos/equipados	72	75 CAPS implantados;	20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental
Implantar e implementar 641 Unidades de Acolhimento até 2015	UA implantadas/implementadas	316	Até agosto: 23 UA implantadas e recebendo incentivos; e 11 UA habilitadas.	

N/I - Não informado

Informações Adicionais

Para fornecer apoio financeiro aos segmentos populacionais com fragilidade de renda, o Programa de Volta para Casa oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, possibilitando a manutenção do tratamento com base residencial.

Até junho de 2013, o Ministério da Saúde intensificou a atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e promoveu ações do Programa “Crack, é Possível Vencer”. Foram destinados recursos financeiros para habilitação de 2.004 CAPS, com ênfase nos serviços de funcionamento 24 horas. Com a abertura de seis novos serviços com funcionamento 24 horas, atingiu-se o total de 34 CAPS ADIII habilitados pelo Ministério da Saúde. Houve reajuste do valor repassado para custeio dos CAPS 24 horas (CAPS III E ADIII), possibilitando que mais municípios viabilizem o aumento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Ao todo foram implantados 75 CAPS no 1º semestre de 2013.

O programa do governo federal “Crack, é Possível Vencer” está em todos os estados brasileiros. Em 2013, o Programa foi ampliado para os municípios com população acima de 200 mil habitantes. Destes, 118 já realizaram adesão, com pactuação de metas de expansão da rede de saúde, de segurança e de assistência social até 2014. As ações do pacto visam aumentar a oferta de tratamento de saúde e de atenção aos usuários de drogas, para enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e para ampliar atividades de prevenção.

Foram habilitados 499 leitos de saúde mental em hospitais gerais. A habilitação tem como consequência o repasse anual de R\$ 67.321,32 por leito. De Janeiro a Junho de 2013 foram repassados recursos para implantação de 404 leitos e destes 261 já foram habilitados.

Também foram habilitadas até Junho/2013, 11 Unidades de Acolhimento com permanência de até seis meses para adultos, crianças e adolescentes com problemas relacionados às drogas. O processo de retorno à comunidade de antigos moradores de manicômios foi reforçado com o incentivo à abertura de 227 novas residências terapêuticas em todo o país, além do aumento da rede CAPS já mencionado.

Diretriz 5 - Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

A orientação dessa linha de cuidados para a promoção da saúde da pessoa idosa procura ampliar, sobretudo, o seu grau de independência para o auto-cuidado – envolvendo familiares e comunidade. Esse modelo deverá organizar, por exemplo, as linhas de cuidado para idosos frágeis, por intermédio da formação de cuidadores, e a adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento. Insere-se nesse modelo, a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência, bem como a ampliação e estruturação de ações e serviços para identificação e diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação às pessoas com agravos neuropsíquicos e deficiências, em conformidade com o processo de implantação da rede de cuidados às pessoas com deficiência, no âmbito do Programa Viver Sem Limites.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Capacitar 400 profissionais para o desenvolvimento do processo de qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios até 2015	Profissionais capacitados	700	Foram capacitados até junho 2013, 551 profissionais em diferentes modalidades	6178 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Capacitar cinco mil profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo na modalidade de ensino a distância até 2015	Profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo capacitados	691	1.566	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 0005 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis)
Realizar, anualmente, inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas	Inquérito realizado	1	Os dados de 2013 estão em processo de coleta.	

Informações Adicionais

Até o 2º quadrimestre de 2013, destacam-se as seguintes ações:

- O VII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, ocorrido nos dias 10 e 11 de abril de 2013, que teve como objetivo propiciar espaço de troca e articulação entre os gestores de saúde da pessoa idosa, convidados e Área Técnica, com vistas ao fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- A realização de “Oficinas Estaduais de Prevenção de Quedas e de Violência contra a Pessoa Idosa” em diversos estados, com o objetivo de sensibilizar, qualificar e capacitar os profissionais de saúde e demais parceiros da rede de saúde da pessoa idosa, especificando os tipos de violência contra esse segmento populacional, bem como suas formas de prevenção e cuidados para com a pessoa idosa, para oferecer um atendimento global, multidisciplinar e humanizado ao idoso vítima de violência; em parceria com a CGDANT/SVS.
- O Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa EAD, que formou 1.566 alunos, e tem como objetivo desenvolver uma visão acurada nestes profissionais de forma a levá-los a promover atividades que visem à prevenção de perdas, à manutenção e à recuperação da capacidade funcional da população idosa bem como para o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.
- A elaboração, em parceria com o Comitê Assessor da ATSPI, do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, que tem por objetivo apresentar as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, e propor um modelo de atenção integral em rede que contribua com a organização do cuidado ofertado nos estados e municípios brasileiros, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado.
- Manutenção do Sistema de Monitoramento da Saúde e Qualidade de Vida dos Idosos (SISAP/Monitor-Idoso), com o objetivo de oferecer informações que auxiliem o planejamento de ações e decisões voltadas à população idosa, além de ser um instrumento de monitoramento de metas e diretrizes pactuadas pelas políticas.
- Teve início a reformulação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do CAB – Envelhecimento, em parceria com o ICICT/FIOCRUZ, com o olhar na inserção do recorte de raça e cor.

No âmbito do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) o cenário atual é de 6.584 vagas disponíveis para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para curso de aperfeiçoamento em Saúde do Idoso nas ETSUS (nas Escolas Técnicas do SUS) dos Estados do AC, AL, AP, ES, GO, MS, PA, PR, RN, SE, SC, SP, RJ, RS, RO, RR.

Outro importante resultado no âmbito da atenção à pessoa idosa foi a Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe, que atingiu a marca de 87,93% (18.363.866 idosos) de cobertura, sendo que a meta era de no mínimo 80%, segundo o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

No âmbito do programa Viver sem Limites, foram elaborados critérios para implantação dos tipos de Centros Especializados de Reabilitação (CER), Publicadas portarias de instituição da Rede e de incentivos financeiros (PT MS-GM nº 793 e 835/2012). As propostas de convênio para implantação do CER, recebidas, avaliadas e aprovadas tecnicamente e 22 propostas empenhadas até agosto de 2013. Atualmente, existem 12 CER em funcionamento.

Também no âmbito do Programa Viver sem Limite, foram habilitados, até agosto, 162 Centros de Especialidades Odontológicas para atendimento a pessoas com deficiência.

Diretriz 6 - Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

Os cuidados preconizados nessa diretriz terão como foco a família indígena, cujas necessidades de saúde deverão ser atendidas mediante ações intersetoriais, com vistas a garantir a integralidade na atenção.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a cobertura vacinal para 80% da população indígena até 2015, conforme o calendário de imunização específico estabelecido pelo Ministério da Saúde.	Percentual da população indígena menor de 7 anos com esquema completo, de acordo com o calendário indígena de vacinação.	75	71,7%.	20YP - Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena (Plano orçamentário 0002 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena)
Estabelecer até 2015, contratos de ação pública com os estados e municípios com serviços de média e alta complexidade na área de abrangência dos 34 Distritos Sanitário Especial Indígena.	DSEI participando da pactuação dos COAPs de regiões de saúde com população indígena.	17	2	
Implantar a Estratégia "Rede Cegonha" nos 34 Distrito Sanitário Especial Indígena.	DSEI inserido nos planos de ação da Rede Cegonha.	16	19	
Implantar, até 2015, sistemas de abastecimento de água em 1.220 aldeias com população a partir de 50 habitantes.	Contratação de obras de novos SAA	250	Em andamento. Parte do recurso do PAC II será destinada para o atendimento de 250 aldeias com novos SAA, que estão sendo priorizados pelos DSEI.	7684 - Saneamento básico em aldeias indígenas para a prevenção e controle de agravos
Reformar e estruturar 58 Casas de Saúde Indígena (CASAI) até 2015.	Contratação de obras para construção e/ou reforma/ ampliação de CASAI	21	Foram descentralizados recursos e autorizadas 03 obras:	20YP - Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena (Plano orçamentário 0003 - Estruturação de Unidades de Saúde para Atendimento à População Indígena)

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
5ª Conferência de Saúde Indígena realizada em 2013	Conferência realizada	1	6% das etapas locais realizadas	20YP - Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena (Plano orçamentário 0002 - Promoção, vigilância, proteção e recuperação da saúde indígena)

Informações Adicionais

A implementação do modelo de atenção primária do Subsistema de Saúde Indígena está centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, integralidade e intersetorialidade das ações, participação popular e articulação com as práticas e medicinas tradicionais.

Com relação à rotina de vacinação são orientadas aos DSEI que sejam realizadas no mínimo quatro ações pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Neste segundo quadrimestre a apuração foi de 71,7% das crianças menores de sete anos com esquema vacinal completo.

Para aprimoramento das ações de saúde mental estão sendo priorizados os DSEI com maior incidência de suicídios e agravos de saúde mental. Durante o primeiro quadrimestre foram realizados:

- Capacitações para implantação da Vigilância epidemiológica em saúde mental, com foco nos agravos;
- Capacitação de acolhimento e atenção às tentativas de suicídio e a familiares de pessoas falecidas por esse transtorno;
- Roteiro das visitas técnicas para avaliação dos processos de implementação das ações de saúde mental nos DSEI prioritários;
- Elaboração dos instrumentos complementares de notificação para os casos de violência e suicídio ocorridos em área indígena, bem como seus respectivos instrutivos;
- Implantação das fichas de vigilância epidemiológica de suicídio/tentativas de suicídio em alguns DSEI.

No sentido de ampliar o acesso aos procedimentos odontológicos e melhorar a qualidade das ações de saúde bucal, foi elaborada uma lista básica de equipamentos com especificações necessárias para orientar a aquisição pelos DSEI e para embasar o termo de referência para aquisição nacional pela SESAI.

Com relação à articulação interfederativa para organização dos fluxos das referências de média e alta complexidades para a população indígena, os DSEI estão participando da pactuação dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) de regiões de saúde com presença de população indígena que são encaminhados ao Ministério da Saúde. Os DSEI também têm participado dos grupos condutores da Rede Cegonha nas diversas regiões de saúde a fim de que a saúde indígena seja incluída nos respectivos Planos de Ação. Até agosto houve a inserção da saúde indígena no Plano de Ação da rede Cegonha de 19 DSEIs.

Com o objetivo de melhorar a notificação dos óbitos indígenas e incentivar a investigação dos óbitos ocorridos em grupos prioritários (fetal, crianças menores de sete anos, gestantes e mulheres em idade fértil) e com causas mal definidas, foi implementado um FORMSUS específico para sistematizar essas informações a partir dos DSEI e ter seus dados apresentados aos gestores e profissionais de saúde, como forma de subsidiar decisões. Essa ação representa uma estratégia para redução da mortalidade materno-infantil e qualificação da vigilância do óbito nos DSEI.

Quanto às edificações de saúde indígena, está prevista a contratação de 21 obras de construção e/ou reforma/ ampliação das Casas de Apoio a Saúde indígena (CASAI) e 16 obras contratadas de Postos de Saúde. Até agosto foram descentralizados recursos e autorizadas as seguintes reforma/estruturação das seguintes obras:

- Construção da CASAI Sinop (DSEI Xingu);
- Reforma da CASAI Manaus (DSEI Manaus); e
- Reforma da CASAI Barra do Garças (DSEI Xavante).

No que se refere ao saneamento em áreas indígenas, está em fase de execução 128 obras para implantação de novos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), reforma e/ou ampliação de 88 SAA existentes e execução de 43 Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), contratadas no ano de 2012 a ser executado até o final de 2013, sendo realizadas até o momento as seguintes ações:

- Contratação de 03 obras de implantação de SAA.
- Análise de 198 projetos de implantação e 158 projetos de reforma e/ou ampliação de SAA, bem como 91 projetos de implantação, reforma e/ou ampliação de MSD.

Na área do Controle Social as ações para o ano de 2013 serão concentradas na organização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI).

O tema central da Conferência será “SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA E SUS: DIREITO, ACESSO, DIVERSIDADE E ATENÇÃO DIFERENCIADA”, com os seguintes eixos temáticos:

I - Atenção Integral e Diferenciada nas Três Esferas de Governo (gestão, recursos humanos, capacitação, formação e práticas de saúde e medicinas tradicionais indígenas);

II - Controle Social e Gestão Participativa;

III- Etnodesenvolvimento e Segurança Alimentar e Nutricional; e

IV- Saneamento e Edificações de Saúde Indígena.

O período de realização das etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde indígena será:

- Etapa Local: 1º de abril a 30 de junho de 2013;

- Etapa Distrital: 1º de julho a 30 de setembro; e
- Etapa Nacional: 26 a 30 de Novembro de 2013.

As etapas locais totalizam aproximadamente 280 conferências e já estão sendo realizadas.

A Comissão Organizadora da 5ª CNSI realizou neste segundo quadrimestre a 5ª reunião da Comissão Organizadora, deliberando sobre os seguintes assuntos:

1. Balanço da realização das Etapas Locais da 5ª CNSI;
2. Realização das Etapas Distritais da 5ª CNSI;
3. Regulamento e Metodologia da Etapa Nacional da 5ª CNSI;
4. Comissão de Infraestrutura.

Diretriz 7 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Esta diretriz objetiva o controle dos determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, fornecendo elementos para a integralidade da atenção. As ações específicas de vigilância (epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, e da saúde do trabalhador) compreendem a proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, bem como a promoção da saúde.

Dentro das ações de promoção da saúde, incluem-se a promoção da alimentação saudável operacionalizada por meio do desenvolvimento de ações e abordagens para a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição e a prática de atividade física, por meio do Programa Academia da Saúde, contribuindo para melhor qualidade de vida da população.

Nessa diretriz também estão previstas metas para a estruturação de medidas de saneamento com o objetivo de reduzir a ocorrência de doenças relacionadas ao meio ambiente.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a confirmação laboratorial dos casos de Hepatite C, passando de 17 Unidades Federadas para as 27 até 2015.	UF com confirmação laboratorial ampliada para Hepatite C	25	24	20YE - Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças (Plano Orçamentário 001 - Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Insumos para Prevenção e Controle de Doenças) 20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 001 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle em HIV/AIDS, Hepatites Virais e Outras Doenças Sexualmente) 20AC - Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Aumentar para mais de 90% a proporção de óbitos com causa básica definida, passando de 20 UF em 2010 para 27 em 2015.	UF com mais de 90% de causa básica de óbitos definida	25	22	para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças 20YJ – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 00A – Informação e Análise de Situação de Saúde)
Ampliar a cobertura vacinal de tetravalente em menores de 1 ano, passando de 62,39% para 70% o percentual dos municípios com 95% de cobertura vacinal.	Percentual dos municípios com cobertura vacinal ampliada	70%	39,8%	20YE - Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças (Plano Orçamentário 002 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças)
Ampliar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera, passando de 64,4% em 2009 para 85% até 2015	Percentual dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera curados	75%	64,3 %	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 006 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle da Tuberculose)
Construir, reformar e/ou ampliar e equipar 30 Centrais de Rede de Frio de imunobiológicos até 2015.	Centrais de Rede de Frio de Imunobiológicos construídas/reformadas/ampliadas e equipadas	22	Encaminhada minuta de Portaria Interministerial às áreas competentes do MS para efetivação dos trâmites necessários ao repasse de recursos financeiros.	20YE - Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças (Plano Orçamentário 002 - Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças)
Reduzir a incidência de Aids de 20,1/100.000 hab. em 2009 para 18,9/100.000 hab. até 2015	Incidência de Aids	19,2/100.000 hab.	As informações para os anos 2012 e 2013 serão disponibilizadas ao final de 2013 e 2014, respectivamente. A incidência do ano 2011 foi de 20,2/100.000.	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 001 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle em HIV/AIDS, Hepatites Virais e Outras Doenças Sexualmente) 20AC - Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. 20YE - Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Reduzir a incidência parasitária anual por malária (estimada pelo IPA) na Região Amazônica em 30%, passando de 13,5/1000 hab. em 2010 para 9,45/1.000 hab. até 2015	Incidência parasitária anual por malária	10,5/1.000	Houve uma redução de 31% no período de janeiro a maio de 2013 (73.765) quando comparado com o mesmo período de 2012 (107.116).	(Plano Orçamentário 001 - Aquisição, Acondicionamento e Distribuição de Insumos para Prevenção e Controle de Doenças); 20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 008 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle da Malária)
Reduzir em 44% o coeficiente de prevalência da hanseníase até 2015, passando de 1,75/10.000 hab. para 0,98/10.000 hab. em 2015	Coeficiente de prevalência da hanseníase reduzido	1,24/ 10.000 hab.	1,50/10.000 (cada parcial)	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 007 - Coordenação Nacional de Vigilância, Prevenção, Controle e Eliminação da Hanseníase e das Doenças Negligenciadas)
Reduzir em 50% o número absoluto de óbitos por dengue até 2015, sendo 10% a cada ano, passando de 671 óbitos em 2010 para 335 óbitos em 2015	Percentual do número absoluto de óbitos por dengue reduzido	10 (459 óbitos)	Houve 424 óbitos por dengue no período de 30/12/12 a 03/08/13	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 009 - Coordenação Nacional da Vigilância, Prevenção e Controle da Dengue) 20AL - Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal, e municípios para a Vigilância em Saúde.
Ampliar de 12 para 100 o percentual de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que desenvolvem ações de vigilância em saúde do trabalhador	Percentual de Cerest desenvolvendo ações de vigilância em saúde do trabalhador	70	Em apuração. A aferição da meta deste ano será feita com base nas respostas dos Cerest ao questionário de avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).	20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 000F - Coordenação Nacional da Política de Saúde do Trabalhador)
Implantar as academias de saúde, chegando a 4.000 unidades em 2015	Polos de academias de saúde implantadas	1.000	2.868 polos estão habilitados dos quais 225 com obras concluídas.	20YL - Implantação das Academias da Saúde 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a Renasti, com a instalação de 10 novos Ceresst voltados prioritariamente para a população trabalhadora rural ^[1]	Novos Ceresst voltados prioritariamente para a população trabalhadora rural habilitados	-	Meta já atingida em 2012.	
Apoiar 1.125 comunidades – remanescentes de quilombos e rurais – com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação de medidas de saneamento	Comunidade apoiada com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação de medidas de saneamento	290	262	20AF - Apoio ao Controle de Qualidade da Água para Consumo Humano.
Apoiar 1.500 municípios com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação dos serviços de saneamento.	Município apoiado com ações de controle da qualidade da água na gestão e estruturação dos serviços de saneamento	393	437	20AF - Apoio ao Controle de Qualidade da Água para Consumo Humano.
Apoiar 320 municípios na melhoria da gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento, nas sedes e/ou nas áreas rurais.	Municípios apoiados na melhoria da gestão ou na estruturação dos serviços de saneamento, nas sedes e/ou nas áreas rurais	39	Em andamento. Portaria que define critérios de elegibilidade e prioridade em tramitação na Funasa.	20AG - Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 Habitantes.
Apoiar 800 municípios com capacitação na gestão dos serviços de saneamento, com ênfase na elaboração de planos municipais de saneamento básico.	Municípios com capacitação na gestão dos serviços de saneamento apoiados	400	812 municípios capacitados. Resultado alcançado mediante parceria entre Funasa e Assemae/Crea.	20AG - Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50.000 Habitantes.
Implantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos.	Comunidade remanescentes de quilombo com obras de saneamento implantadas	84	Em andamento. Preparação para efetivação do processo de contratação e celebração de termos de compromisso.	7656 - Implantação, Ampliação ou Melhoria de Ações e Serviços Sustentáveis de Saneamento Básico em Comunidades Rurais, Tradicionais e Especiais.
Implantar obras de saneamento em 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais, incluindo os assentamentos da reforma agrária, ribeirinhos, reservas extrativistas, entre outras.	Comunidade com obra de saneamento implantada	177	Em andamento. Em fase de seleção do PAC II.	3883 - Implantação e Melhoria de Serviços de Drenagem e Manejo das águas pluviais Urbanas para Prevenção e Controle de doenças e
Beneficiar 30 municípios com a implantação e melhorias de serviços de drenagem.	Município beneficiado com a implantação e melhorias de serviços de drenagem	2	N/I	

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Beneficiar 400 municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com implantação ou ampliação de sistema de resíduos sólidos urbanos.	Municípios beneficiados com implantação ou ampliação de sistema de resíduos sólidos urbanos	120	Portaria para seleção de propostas do programa em fase de análise jurídica para publicação.	agravos. 10GG- Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50.000 Habitantes, Excluído de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)
Beneficiar 500 municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com a implantação de melhorias sanitárias domiciliares.	Municípios beneficiados com implantação de melhorias sanitárias domiciliares	142	Portaria para seleção de propostas do programa em fase de análise jurídica para publicação.	7652 - Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Doenças e Agavos
Contratar 2.703 projetos de engenharia de sistemas de abastecimento de água ou esgotamento sanitário, para apoio à execução de intervenções nestes âmbitos, em municípios com população abaixo de 50 mil habitantes com baixos índices de acesso aos serviços ou qualidade insatisfatória.	Projetos de engenharia contratados 200	1.216	Em andamento. Termo de referência em adequação jurídica pelas áreas técnicas.	10GD - Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50.000 Habitantes, Excluído de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE)
Ampliar o número de amostras no controle da qualidade da água relativas aos parâmetros "coliforme total" e "turbidez", passando de 28% (333.962) de realização da análise no parâmetro "coliformes totais" e 27% (346.443) no parâmetro de "turbidez" em 2010 para 50% em ambos os parâmetros até 2015.	Percentual de Amostras Realizadas	40	Realizadas 204.211 análises (coliformes total) até o mês de julho de 2013, o que corresponde a 17,09% do total de análises estabelecidas no Plano de Amostragem. No quesito turbidez, houve o cumprimento de 17,19% do Plano o que corresponde a 223.133 amostras de água	10GE - Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50.000 Hab., excluído de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (Ride)
				20YJ - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 000B - Coordenação Nacional da Vigilância em Saúde Ambiental)

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Beneficiar 160 municípios com melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas	Municípios beneficiados com melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas	40	Foi concluída a elaboração de projetos modelos para apoio à elaboração de propostas do programa de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas. O processo de seleção para apoio técnico e financeiro de ações de MHCDC está em andamento. Em andamento. 18 estados estão com propostas elaboradas, sendo que 12 destes pactuaram e homologaram suas propostas na CIB. 19 estados elegeram 256 municípios prioritários.	3921 - Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas
Implantar o modelo de vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos nas 27 UF até 2015.	UF com modelo de atenção integral à saúde das populações expostas a agrotóxicos implantado	15	Em andamento. Foram coletadas 2.045 amostras até agosto 2013. A coleta de amostras das novas culturas, farinha de trigo e goiaba, tem seu início agendado para a semana do dia 30 de setembro de 2013.	20Y1 - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 000B Coordenação Nacional da Vigilância em Saúde Ambiental)
Aumentar em 25% o número de culturas agrícolas – atualmente um total de 20 – a serem analisadas quanto aos níveis de resíduos de agrotóxicos.	Culturas Agrícolas Analisadas	2		8719 – Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos
Reduzir em 50% a subnotificação de intoxicações por agrotóxicos até 2015, sendo 10% a cada ano, passando de 6.240 para 11.423 casos de intoxicação notificados no Sinan.	% de redução	30	N/I	20Y1 - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Plano Orçamentário 0002 - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças)
Aumentar em 25% a cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan).	Percentual de Aumento da Cobertura	14,5	6,5 (dados parciais)	20QH – Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde
Reduzir a desnutrição energético-proteica (déficit ponderal) entre crianças menores de cinco anos de idade em 10%, passando de 4,4% em 2011 para 4,0% em 2015.	Percentual de desnutrição energético-proteica entre crianças menores de cinco anos de idade	4,3	Em andamento. Foram eileitos 256 municípios para participarem da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição	20QH - Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Reduzir a desnutrição crônica (déficit de estatura) entre crianças menores de cinco anos de idade em 15%, passando de 13,5% em 2011 para 11,5% em 2015.	Percentual de desnutrição crônica entre crianças menores de cinco anos de idade	N/I	N/I	8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde
Reduzir em 25% o consumo de sal na população brasileira, passando de 12g/pessoa/dia, em 2008/2009, para 9g/pessoa/dia até 2015.	Percentual de Redução do Consumo de Sal (g/pessoa)	N/I	Houve pactuação de redução de sódio para as refeições prontas, para as sopas (quando não prontas para o consumo, excluindo os cremes de cebola) e para produtos cárneos (incluindo linguiças frescas e cozidas, mortadela, salsicha, presunharia, hambúrgueres e empanados – com exceção dos elaborados de matéria prima vegetal). O salame não foi pactuado para a redução de sódio devido às barreiras tecnológicas, relacionadas à ação antimicrobiana e textura do produto.	8735 - Alimentação e Nutrição para a Saúde

[1] Meta já alcançada em 2012.

N/I – Não informado

Informações Adicionais

Em março de 2013 foi realizada a Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases, tendo como principais objetivos a busca ativa de casos novos de hanseníase e o tratamento quimioprofilático das geo-helmintíases nos escolares de 5 a 14 anos da rede pública de ensino em 706 municípios localizados em áreas endêmicas para os dois agravos. Destes, 621 informaram dados totais ou parciais. Outros 142 municípios que não eram inicialmente prioritários, também realizaram atividades da campanha, totalizando 763 municípios. Os escolares tratados com Albendazol 400 mg foram 2.446.725; os que receberam Ficha de Autoimagem, 3.170.607; os que responderam a Ficha de Autoimagem foram 2.068.331; os alunos encaminhados para exame de elucidação diagnóstica de hanseníase na rede básica de saúde e unidades de referência conforme agendamento local, 220.707; e os casos de hanseníase em menores de 15 anos de idade confirmados no Formsus: 214 casos (passíveis de alteração/correção).

Ainda com relação à hanseníase, o coeficiente de prevalência pontual em foi de 1,50 casos por 10.000 habitantes, o que corresponde a 29.005 casos em tratamento para o país. Em 2013 há perspectiva de aumento do número de casos novos da doença devido à realização da Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases. Esse fato, apesar de estar alinhado à estratégia de detecção precoce e tratamento de casos, pode, a curto prazo, interferir no alcance da meta para 2013, dado que novos casos estão sendo diagnosticados e grande parte destes não concluirá o tratamento até dezembro de 2013. Ademais, o resultado observado no percentual de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados em 2012 (74,5% nas coortes) incorrerá na descoberta de casos novos que também deverá influenciará na prevalência da doença.

Foi iniciada a busca ativa de casos de tracoma em escolares do 1º ao 5º ano do ensino público fundamental. A expectativa é trabalhar em 60 % dos 217 municípios considerados prioritários. Até 11 de setembro foi realizada a busca ativa de casos de tracoma em 41% (89 municípios) dos 217 municípios prioritários.

A Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe em 2013 foi realizada de 15 a 26 de abril e estendida até 30/6/2013. A meta da campanha é vacinar, pelo menos 80% do público-alvo estimado em 39,2 milhões de pessoas, compreendendo: idosos com 60 anos ou mais, crianças de seis meses a dois anos, indígenas, gestantes, pessoas privadas de liberdade, profissionais de saúde, mulheres no período de até 45 dias após o parto (em puerpério) e os doentes crônicos. O Ministério da Saúde distribuiu aos estados e municípios cerca de 43 milhões de doses da vacina.

Os dados parciais de 1º/8/2013 apontam para uma cobertura vacinal de 91,4%, ou seja, a meta foi alcançada.

No caso da vacina tetravalente/pentavalente, cuja finalidade é imunizar crianças menores de um ano contra difteria, tétano, coqueluche e meningite (e Hepatite B na pentavalente), os dados preliminares de janeiro a maio de 2013, mostram que 39,8% (2.215) dos municípios apresentaram cobertura vacinal maior ou igual a 95%. Na vacinação da hepatite B houve a ampliação da faixa etária que passou de 20 a 24 anos para 25 a 49 anos e na Tríplice Viral de 39 anos (mulheres) e 29 anos (homens) para 49 anos (homens e mulheres).

Com relação aos casos de Dengue, até agosto de 2013, foram notificados 5.335 casos graves, mostrando aumento de 49% quando comparado com o mesmo período de 2012 (3.590). Comparando-se com o mesmo período (jan-ago) nos anos de 2010 e 2011 observa-se que em 2013 houve uma redução de 67% (15.960 casos graves) em relação a 2010 e de 48% (10.247 casos graves) em relação a 2011. No mesmo período foram confirmados 424 óbitos o que representa um aumento de 67% em relação ao mesmo período de 2012, quando 254 óbitos foram confirmados. O aumento no número de casos e óbitos em 2013 ocorreu devido à entrada de um novo vírus em circulação (DEN4) e sua disseminação em áreas populosas.

Foi realizada mobilização nacional para testagem da hepatite C do período de 22 de julho a 02 de agosto de 2013. Embora as 27 UF realizem o teste de detecção de RNA do vírus da hepatite C, em 24 delas 93% dos casos de HCV notificados no SINAN foram confirmados laboratorialmente. Foram treinados dois profissionais de cada um dos 43 laboratórios, para a realização dos testes de detecção do HCV RNA utilizando a metodologia PCR em tempo real. Foram adquiridos 120.000 testes para a detecção do HCV-RNA, pela metodologia PCR em tempo real. Está em andamento a aquisição de 1,8 milhão de testes rápidos para hepatite C e, no primeiro semestre de 2013, cerca de 570 mil testes rápidos anti-HCV foram distribuídos. Entre janeiro e maio de 2013, foram realizados mais de um milhão de testes para triagem sorológica da hepatite C no SUS. Até o terceiro trimestre deste ano foram capacitados mais de 300 médicos para o tratamento da hepatite C com os novos medicamentos e tratados mais de 13 mil portadores de hepatite C

O número de casos de malária registrado sofreu uma redução de 31% no período de janeiro a maio de 2013 (73.765), quando comparado com o mesmo período de 2012 (107.116). Ao ser feita uma análise por estado, foi observado o aumento no número de casos no Acre (+47%), Mato Grosso (+19%) e AP (0,3%); enquanto os demais estados apresentaram redução: AM (-10%), MA (-17%), PA (-70%), RO (-32%), RR (-7%) e o estado do Tocantins passou de 19 para 24 casos notificados. Apenas o estado do Acre está em situação de surto de malária, bem

como 56 municípios na região Amazônica entre a 25ª e 32ª semana (AC-8, AP-6, AM-25, MA-1, MT-2, PA-7, RO-3, RR-4, TO-0). Não foi identificado desabastecimento de antimaláricos ou inseticidas. Notou-se redução de malária em garimpos (-2%), áreas urbanas (-18%), áreas indígenas (-17%), assentamentos agrários (-25%) e no restante das áreas rurais (-46%). No período de janeiro a maio, foi observada uma redução de 41,8% nas internações por malária, passando de 1.403 em 2012 para 816 em 2013; e uma redução de 50% nos óbitos por malária, no período de janeiro a maio, passando de 24 em 2012 para 12 em 2013.

Com relação à tuberculose, o percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados entre janeiro e julho de 2012 está em 64,3% (85,8% da meta esperada). O indicador de cura de tuberculose é prejudicado pelo grande número de notificações que ainda não possuem o desfecho conhecido. Para o mesmo período, 14,3% da variável situação de encerramento está ignorada ou em branco e outros 7,7% registrados como transferência, totalizando 21,9% do total de pacientes com desfecho desconhecido.

No período de janeiro a julho de 2013, foram diagnosticados 33.681 casos novos de tuberculose. Desse total, 13.955 foram submetidos à testagem anti-HIV (resultado positivo ou negativo), equivalente a 41,4%. Vale salientar que atualmente há 10.337 testagens com resultado em andamento.

A campanha nacional para atualização da caderneta infantil terminou no dia 30 de agosto. A ação é realizada em parceria com estados e municípios. Crianças menores de cinco anos devem ser levadas aos postos de vacinação para que a caderneta seja avaliada e o esquema vacinal atualizado. A meta é vacinar as crianças que não estiverem com a caderneta em dia, cuja estimativa é de 14,4 milhões de crianças. Foram oferecidas todas as vacinas do calendário básico infantil: BCG, hepatite B, penta, inativada poliomielite (VIP), oral poliomielite (VOP), rotavírus, pneumocócica 10 valente, meningocócica C conjugada, febre amarela, tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) e DTP (difteria, tétano e coqueluche). Além disso, foi lançado o aplicativo Vacinação em Dia para tablets e smartphones, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A ferramenta é uma forma fácil, moderna e ágil de acompanhar o calendário vacinal de crianças e adultos.

No dia 29 de agosto foi comemorado o Dia Nacional de Combate ao Fumo. De acordo com dados da pesquisa Vigitel 2012 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), o percentual de brasileiros fumantes alcançou o menor índice: 12%. De 2006 a 2012, era de 15%. A parcela da população brasileira acima de 18 anos que fuma caiu 20%. Apesar da queda, a frequência maior permanece entre os homens: o número passou de 19% (2006) para 15% (2012). Entre as mulheres o índice caiu de 12% (2006) para 9% (2012). Outro bom motivo para comemorar é a redução na frequência de fumantes passivos no domicílio (de 12% em 2006 para 10% em 2012) e no local de trabalho (de 12% para 10%). E continua em queda a frequência de homens que fumam 20 ou mais cigarros por dia 6% para 5%.

Diretriz 8 - Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Esta diretriz consiste em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, o MS tem concentrado esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às demais diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária para o acesso aos medicamentos no contexto da garantia da integralidade da atenção. Uma das principais estratégias para a garantia da assistência farmacêutica consistirá na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio dos programas “Farmácia Popular do Brasil” e “Saúde Não Tem Preço”, com foco em expandir estes programas nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a cobertura do programa “Aqui tem farmácia popular” nos municípios do mapa da extrema pobreza que tenham farmácias, passando de 638 municípios em 2011 para 2.365 municípios até 2015.	Municípios do Mapa da Extrema Pobreza com Cobertura do Programa “Aqui tem farmácia popular”	1.650	1.317	20YR - Manutenção e Funcionamento de Farmácias Populares - GRATUIDADE 20YS - Manutenção e Funcionamento de Farmácias Populares - CO - PAGAMENTO
Ampliar o elenco de medicamentos fitoterápicos da assistência farmacêutica básica, passando de oito em 2011 para 20 até 2015	Medicamentos Fitoterápicos implementados	-	Não existe previsão para este ano.	-
Disponibilizar três unidades internacionais (U.I.) de fator VIII per capita (hemofilia A) e 0,8 U.I. de fator IX per capita (hemofilia B) para atendimento aos pacientes portadores de doenças hemorrágicas hereditárias.	U.I de fator VIII per capita e U.I de fator IX per capita disponibilizados	3 U.I Fator VIII e 0,8 U.I de fator IX	Disponibilizados 3,4 U.I de fator VIII per capita e 0,55 U.I de fator IX per capita.	4295 - Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas

Será discutido em 2013 a relação Nacional de Plantas Medicinas de Interesse ao SUS (Remisus), que subsidiará a seleção de novos medicamentos fitoterápicos para inclusão na Rename 2014.

Informações Adicionais

Com a perspectiva da integralidade, na forma de linhas de cuidado, o Ministério da Saúde está efetuando estudos para verificar a viabilidade, conforme a necessidade, de ampliação do acesso aos medicamentos indicados para patologias que ainda não são atendidas pelo Programa de Assistência Farmacêutica, tais como hipotireoidismo, hiperplasia prostática, dentre outras, no âmbito do Saúde Não Tem Preço (SNTTP).

De janeiro a agosto de 2013, o Programa Farmácia Popular do Brasil ampliou a rede credenciada em municípios mapeados pelo plano Brasil Sem Miséria chegando a 1.317 municípios abrangidos pelo Programa.

Em relação aos fitoterápicos, foi realizado o Termo de Cooperação nº 93/2012 com a Universidade Federal do Amapá, estão sendo elaboradas 23 monografias de espécies vegetais da Relação Nacional de Plantas Medicinas de Interesse ao SUS (Renuis), com o objetivo de consolidar informações sobre eficácia e segurança dos fitoterápicos. O projeto encontra-se nas fases II e III de execução, relativas à sistematização das informações levantadas e elaboração da versão preliminar das monografias, respectivamente. Além disso, está sendo organizada uma consulta pública para 10 monografias, considerando 9 já finalizadas e uma em fase de finalização. Por último, está sendo elaborada proposta para continuação do projeto, em 2014, com a perspectiva de publicar 26 novas monografias. Estas informações subsidiarão a seleção de novos medicamentos fitoterápicos para inclusão na Renam 2014 e no elenco da assistência farmacêutica básica.

Também foi publicado o Edital SCTIE nº 1/2013, de 24/5/2013, para Seleção Pública de Projetos de Arranjo Produtivo Local em Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS, conforme a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, encontra-se na fase de análise das propostas pré-selecionadas ajustadas. Foram recebidas 41 propostas, sendo 2 da região Norte, 10 da região Nordeste, 4 da Centro-Oeste, 8 da Sudeste e 17 da região Sul. O percentual de pré-seleção por região é de: 50% para a região Norte, 20% para a Nordeste, 75% para a Centro-Oeste, 37,5% para a Sudeste e apenas 5,9% para a região Sul. Após esta fase de análise, será publicado o resultado final provisório e, após o prazo para interposição de recursos será publicado o resultado final, previsto até 20/09. Por enquanto, a estimativa é de que as propostas pré-selecionadas utilizem 7,8 milhões de reais, equivalente a 65% do montante destinado ao Edital.

Diretriz 9 - Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público - privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde. (do PNS)

Esta diretriz tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. As funções de regulação e fiscalização são essenciais à construção de um setor de saúde suplementar com a protagonização do setor privado, além de conjugarem interesses com o objetivo de promover a geração de saúde.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampiar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, aumentando em 4 vezes o número de processos concluídos até 2015.	Processos concluídos	237.400	271.160 (114,2%) processos concluídos no acumulado de 2012 a julho de 2013	
Operacionalizar 90% dos acordos de cooperação técnica assinados entre a ANS e instituições parceiras do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e Centrais Sindicais.	Percentual dos acordos operacionalizados	90%	Apuração anual - em andamento	4339 - Qualificação da regulação e fiscalização da saúde suplementar

Informações Adicionais

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), visando à ampliação do processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, por meio do aumento do número de processos de autorização de internação hospitalar concluídos, dados acumulados de 2012 a julho de 2013 demonstram que 114,2% da meta esperada para 2013 foi superada, ou seja, 271.160 AIH, das 237.400 programadas, tiveram processos concluídos.

Outros destaques incluem:

Atribuição do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para cerca de 31 milhões de indivíduos beneficiários ativos da saúde suplementar que estiverem univocamente identificados, além de terem sido entregues login e senhas de acesso para 1.580 operadoras de planos de saúde pelo Datasus para a ANS, vem sendo encaminhadas progressivamente para as operadoras.

O estudo sobre comparação dos indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS com o panorama internacional está em Desenvolvimento, tendo sido apresentado o segundo produto que propõe uma nova forma de organização dos indicadores e de dimensões. A expectativa é de realização da Câmara Técnica em outubro e divulgação do novo normativo no final de novembro.

Na área de regulação e fiscalização da saúde suplementar, de março a junho de 2013, foram recebidas 17.417 reclamações sobre a garantia de atendimento. Devido aos problemas apontados pelos consumidores e averiguados pela ANS, 212 planos de 21 operadoras teriam a comercialização suspensa no sexto ciclo de avaliação, que apresentou ampliação de escopo, avaliando também a cobertura assistencial. Essa é uma medida que protege 4,7 milhões de consumidores, beneficiários desses planos – o equivalente a 9,7% do total de beneficiários de planos de assistência médica no país. Desde o primeiro ciclo, 618 planos de 73 operadoras, foram atingidos pela medida regulatória.

O aperfeiçoamento contínuo do processo de Ressarcimento ao SUS gerou R\$ 63,1 milhões de inscrições em Dívida Ativa até julho de 2013. As Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas, até julho de 2013, alcançaram R\$34,3 milhões e o total arrecadado nesse período foi de R\$57,9 milhões.

O Risco Assistencial consiste em um processo periódico e sistemático de análise e produção de informações a partir das reclamações dos beneficiários e dos dados encaminhados pelas operadoras aos sistemas de informações da ANS, sendo divulgado a partir de 2012. De acordo com o resultado do processamento do risco assistencial de maio de 2013: 67,78% das operadoras Médico-Hospitalares ativas apresentam baixo risco assistencial; 9,09% apresentam

risco assistencial pré-moderado; 16,57% encontram-se na faixa de risco moderado e 5,86% encontram-se na faixa de risco alto.

Na ocasião da divulgação do quinto ciclo, 17 operadoras permaneciam com planos suspensos e, entre estas, 10 foram encaminhadas para saída do mercado (sendo quatro em liquidação extrajudicial e seis em portabilidade). Quatro estão no rito da Direção Técnica – um agente designado pela ANS acompanha a situação assistencial in loco, junto à operadora – e três estão em fase de implementação de Plano de Recuperação.

No balanço desse ciclo de avaliação, 125 planos de 6 operadoras estão sendo reativados: 52 planos são de uma operadora que saiu da lista de suspensão; os 73 demais planos reativados são de cinco operadoras que estão apresentando melhora em seus resultados, mas ainda possuem alguns produtos suspensos, estando em reativação parcial.

Diretriz 10 - Fortalecer o complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Esta diretriz será implementada em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCITIS), cuja finalidade é contribuir para que o desenvolvimento nacional alcance a sustentabilidade buscada, com base na construção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Ampliar a produção local integrada dos insumos e produtos de maior conteúdo tecnológico, estratégicos para o SUS, passando de 8% em 2011 para 35% até 2015.	% Ampliação Produção Local Integrada	28%	26%	8636 - Inovação e Produção de Insumos Estratégicos para a Saúde
Ampliar a produção nacional de genéricos dos itens com patentes vencidas, passando de 20% em 2011 para 60% até 2015.	% Ampliação Produção Nacional de Genéricos	40%	30%	20K7 - Apoio à Modernização do Parque Produtivo Industrial da Saúde
Atender a demanda do programa de controle da tuberculose com produção nacional de dois medicamentos.	Medicamento Produzido	1	Em andamento.	20YO - Promoção da Assistência Farmacêutica do SUS (Plano Orçamentário 0004 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos)
Atender a demanda do programa para a prevenção e controle das hepatites virais com produção nacional de dois medicamentos.	Medicamento Produzido	1	Em andamento.	20YO - Promoção da Assistência Farmacêutica do SUS (Plano Orçamentário 0003 - Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis)
Atender a demanda do programa de prevenção e controle das DST/AIDS com produção nacional de três medicamentos.	Medicamento Produzido	3	Em andamento.	
Disponibilizar 300 mil litros de plasma para o uso industrial e produção de medicamentos hemoderivados.	Litros de Plasma Disponibilizado	160.000	120.000 litros de plasma	IH00 - Implantação da Indústria de Hemoderivados e Biotecnologia - Hemobrás (PE)

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Concluir a construção do complexo industrial de produção de hemoderivados, até 2015.	% da Construção Concluída	25	14,93%	
Disponibilizar 2 produtos para diagnóstico em oncologia.	Fases dos estudos clínicos acompanhadas.	2	2	8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia - INCA
Promover a realização de dois testes clínicos da vacina contra dengue. [1]	Teste Clínico Realizado	-	Concluído o apoio para a realização dos testes.	6146 -- Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS
Fomentar a realização de 100 estudos nacionais em temas contemplados na agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, até 2015	Estudos Nacionais Fomentados	30	Em andamento.	

[1] A vacina contra dengue encontra-se em fase de pesquisa.

Informações Adicionais

Foram recebidos até julho de 2013 na Hemobrás, 120.000 litros de plasma. Mantido este volume até o final do ano, deve ser ultrapassada a meta, pois as projeções indicam que serão fornecidos para a indústria pelo menos 180 mil litros de plasma.

A rede nacional de cooperação técnica para apoio ao processo de incorporação de tecnologias e de monitoramento do horizonte tecnológico instituída conta com 21 projetos em andamento, dos quais dez foram aprovados e a primeira parcela do contrato foi liberada, oito estão em fase final de análise e três apresentaram problemas de documentação.

Dentre os 25 hospitais de ensino de todas as regiões do país participantes da Rede de Parceiros da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC/SCTIE/MS), apenas um foi identificado como capacitado para realizar estudos de comparações indiretas de tecnologias e de avaliação econômica de tecnologias até o momento: Instituto Nacional de Cardiologia (INC), localizado no Rio de Janeiro.

Quanto ao fomento de estudos nacionais, destacam-se como principais realizações as Chamadas Públicas realizadas por intermédio do CNPq nos seguintes temas:

- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde;
- Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde;
- Pesquisa Clínica para avaliação de medicamentos, produtos ou insumos nacionais prioritários para o Sistema Único de Saúde (SUS);
- Apoio a Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS);
- Prematuridade- em parceria com a Fundação Bill e Melinda Gates.

Ainda no sentido de alcançar este resultado, foi pactuado com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) chamadas públicas/contratações estratégicas nos temas:

- Doenças Endócrinas e Metabólicas;
- Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Produção de conhecimento para a efetivação do direito universal à saúde;
- Desenvolvimento de inovações para prevenção e/ou tratamento de câncer;
- Novas Terapias Portadoras de Futuro;
- Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde: Pesquisa de Efetividade Comparativa (PEC-REBRATS);
- Rede Nacional de Pesquisa Translacional em Acidente Vascular Cerebral;
- A infância como ponto de partida: que características do início da vida determinam a obesidade, a saúde mental, o capital social e marcadores precoces das doenças crônicas?

Nesse período, também foram repassados recursos para a execução dos projetos de pesquisas integrantes da Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde (REBRATS) e Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC).

Ainda foram suplementados recursos para a execução de grandes estudos relacionados aos diferentes ciclos de vida: Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA), Estudo de Riscos cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) e Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI).

Para o próximo período está prevista a contratação de pesquisas das Chamadas Públicas lançadas no primeiro semestre de 2013 e a realização do evento Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS: integração entre conhecimento científico e políticas de saúde, no qual se pretende estreitar a relação entre os gestores e a comunidade científica.

Para a efetivação de parcerias para produção nacional de insulina foram assinados no GECIS em 18 de junho de 2013 os Termos de Compromissos entre Farmanguinhos e Biommm e entre Farmanguinhos e Laboratório Indar (Ucrânia).

Em julho a Fundação Oswaldo Cruz obteve o registro do medicamento antineoplásico Mesilato de Imatinibe nas apresentações farmacêuticas de 100mg e 400mg. O medicamento já está sendo produzido e em processo de aquisição pelo MS para distribuição no SUS.

A Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, criada em 2008 e formalizada em 2011, tem o objetivo de disseminar a avaliação de tecnologias em saúde como ferramenta para sustentabilidade de serviços de saúde (www.saude.gov.br/rebrats). No 2º quadrimestre foram elaborados 10 estudos de ATS pela REBRATS em resposta a demandas de áreas técnicas do Ministério da Saúde.

As Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs) permitem negociar reduções significativas e progressivas de preços, na medida em que a tecnologia é transferida e desenvolvida, incorporam economias significativas para o SUS, em média, cerca de R\$ 3,0 bilhões/ano. O Ministério da Saúde contabiliza, ainda, R\$ 7,8 bilhões/ano em compras públicas, resultantes destas parcerias. Ao adentrar o segmento de biotecnológicos, as PDPs se consolidam como ferramenta efetiva para o desenvolvimento do Complexo da Saúde, que congrega os objetivos do Plano Brasil Maior, mediante o domínio tecnológico e de produção de tecnologias estratégicas para o País, com as premissas da Política de Saúde, viabilizando a ampliação do acesso da população a bens e serviços em saúde e a redução dos gastos do Ministério da Saúde, em observância aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Até o momento, somam-se 88 PDPs articuladas pelo Ministério da Saúde, que compreendem 77 produtos sendo: 64 medicamentos, 7 vacinas, 4 produtos para saúde e 4 P&D.

Diretriz 11 - Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.

O Governo Federal vem, ao longo dos anos, apoiando os estados e municípios na qualificação de sua força de trabalho, em especial da educação profissional técnica de nível médio, articulada aos serviços de saúde. Dessa forma, colabora para o aperfeiçoamento da gestão de pessoas em atuação no SUS, desafio para os gestores de todos os entes da federação.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Capacitar 7.970 profissionais na área de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS e Sistemas de Informação em Saúde.	Profissionais capacitados	1.200	710	8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
Alcançar mais 4.000 bolsas, além das 2.600 que já estão disponibilizadas pelo Pró-Residência.	Bolsas disponibilizadas pelo Pró-Residência	2.893	1.683	
Attingir até 2014 a meta de concessão de 216 mil bolsas, garantindo a multiprofissionalidade, através do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) articulado ao Pró-Saúde.	Bolsas concedidas através do PET-Saúde	12.000/mês	14.513	20YD - Educação e Formação em Saúde (Plano Orçamentário: 0003 - Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós-Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS)
Expandir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para atingir um total de 1.000 cursos de graduação da área da saúde.	Cursos de graduação oferecidos	150	Não existe previsão de publicação de edital de seleção de novos cursos para 2013.	
Ampliar e qualificar a formação profissional de nível médio dos trabalhadores do SUS.	Trabalhadores do SUS qualificados	46.000	11.346	20YD - Educação e Formação em Saúde (Plano Orçamentário: 0002 - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS)
Implantar 18 Núcleos Estaduais de Telessaúde Brasil até 2015, cobrindo todos os estados.	Núcleos Estaduais de Telessaúde Brasil implantados	3	3	20YD - Educação e Formação em Saúde (Plano Orçamentário: 0004 - Apoio à Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS)

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Inserir 5.000 profissionais de saúde no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, para atuação em municípios e localidades desprovidos de atenção à saúde.	Profissionais de saúde inseridos no PROVAB	3.500	3.460	20YD - Educação e Formação em Saúde (Plano Orçamentário: 0005 - Apoio à Melhoria da Capacidade de Gestão de Sistemas e Gerência de Unidades do SUS)

Informações Adicionais

Em julho foi lançado o Programa “Mais Médicos” (Medida Provisória nº 621/2013) com o objetivo de aumentar o número de médicos atuantes na rede pública de saúde em regiões carentes, e permite a vinda de profissionais estrangeiros ou de brasileiros que se formaram no exterior sem a necessidade de revalidação do diploma. Os médicos integrantes do Programa receberão os seguintes benefícios: I – bolsa-formação no valor de R\$ 10 mil; II – ajuda de custo para despesas de instalação do médico participante);e III – pagamento das despesas com passagens do médico participante e de sua família.

Quanto ao resultado dos médicos inseridos e avaliados no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), constam no sistema 3.460 profissionais de saúde para atuação em municípios e localidades desprovidos de atenção à saúde. O número é inferior ao primeiro quadrimestre em razão da desistência de médicos, migração para o Programa Mais Médicos e situações de desligamento do programa devido ao descumprimento dos termos de adesão.

O valor da bolsa paga aos médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) será aumentado, a partir de setembro, de R\$ 8 mil para R\$ 10 mil, ficando assim, equivalente ao previsto no Programa Mais Médicos.

A reorientação da formação profissional na graduação em saúde de acordo com as necessidades do SUS e diretrizes curriculares nacionais vem ocorrendo por meio de concessão de bolsas do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), articulado ao Pró-Saúde. A partir do mês de maio/2013 foi feita a incorporação dos Grupos PET-SAÚDE/VS com a ampliação de 197 grupos PET-SAÚDE. Em agosto/13 foram iniciadas as atividades no âmbito do PET-Saúde/Redes de Atenção com apoio a 290 grupos PET-Saúde. Assim, em agosto/2013 foram promovidos e financiados 902 Grupos PET-Saúde contabilizando 14.513 bolsistas sendo 2.138 no PETSÁUDE/VS, 4.507 no PET-Saúde/Redes e 7.868 PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE.

Em junho de 2013, foi publicada, em DOU, a Portaria nº 1.248/2013, que institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS. Em julho, foram publicados no DOU os Editais nº28 e nº29 para instituições solicitarem financiamento de bolsas para novas vagas de residência multiprofissional e médica, respectivamente.

Em agosto foi realizada a Oficina Nacional do Programa Telessaúde Brasil Redes, com o objetivo de discutir com os núcleos a gestão do programa e a inserção de novas instituições para

aderirem ao programa nacional. Estiveram presentes todos os núcleos em funcionamento e foi discutida a elaboração de novos projetos para o biênio 2013-2015

Está em processo de inserção no Sistema de Convênio Projeto com UNEB para capacitação de 100 parteiras Quilombolas em GO, BA e MA para 2014.

Com o objetivo de fomentar a qualificação da gestão do trabalho no SUS foi desenvolvida a ação de estruturação e qualificação da área da gestão do trabalho nos estados e municípios, por meio do PROGESUS: Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Como parte do PROGESUS e objetivando a valorização de práticas inovadoras em gestão do trabalho na saúde por parte dos estados e municípios, foi realizado o Prêmio INOVASUS, em duas versões, respectivamente nos anos de 2011 e 2012. Em 2011 a temática foi ampla, voltada para a instalação e/ou aperfeiçoamento da gestão do trabalho em saúde, e em 2012 o INOVASUS-Carreira, voltado especificamente para identificar, valorizar e premiar experiências relacionadas à elaboração, revisão e implantação de PCCS no âmbito do SUS, em secretarias estaduais e municipais de saúde.

Objetivando apoiar planos de carreira e despreciação do trabalho em saúde, foram contemplados 13 projetos com recursos financeiros de custeio a Estados e Distrito Federal através da Portaria GM/MS nº 2.517/2012.

Visando o fomento da democratização e da despreciação das relações de trabalho no SUS, o MS desenvolve algumas ações estratégicas, dentre essas, o fortalecimento e a capilarização da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS, que é espaço legítimo e instrumento fundamental para a gestão do trabalho no SUS. Em 2012, o foco foi investimento na instalação de Mesas permanentes de negociação de âmbito estaduais, municipais ou regionais, atividade esta que continuou a ser executada no primeiro semestre de 2013. Com esta ação promove-se também a implantação dos protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS, em âmbitos local e regional.

Objetivando a qualificação dos trabalhadores do setor de gestão do trabalho e da educação na saúde dos estados e municípios, foram firmadas parcerias com instituições federais de ensino superior (UFMG, UERJ e UFRN) e de pesquisa Social, (DIEESE), para formação de gestores do trabalho em saúde.

As ações desenvolvidas na área da Regulação do Trabalho em saúde foram: execução do Seminário Internacional de Regulação do Trabalho e das Profissões de Saúde; Articulação com legislativo federal, trabalhadores e gestores do SUS para regulação do trabalho em saúde; Dimensionamento/Demografia – desenvolvimento de metodologia para o estabelecimento do perfil e quantitativo dos trabalhadores da saúde; Acompanhamento da implantação da Matriz Mínima no âmbito do Governo brasileiro para os trabalhadores do SUS que queiram migrar no Bloco MERCOSUL.

Diretriz 12 - Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

A conformação jurídica do SUS define que as ações e serviços de saúde, desenvolvidos pelos entes federativos, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada, dadas a dimensão territorial e complexidades para promover a equidade, integralidade e universalidade. Essa definição constitucional impõe ao SUS modelo diferenciado de gestão. Compete ao Ministério da Saúde o processo de aperfeiçoamento da gestão do SUS e a incorporação de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental, sendo a mais recente a construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate às Endemias (ACE), educadores populares e gestores) até 2015	Pessoas capacitadas	50.000	2.512 pessoas capacitadas	20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade (Plano Orçamentário: 0002 - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, Educação Popular em Saúde e de Mobilização Social)
Realizar 6 encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015	Encontros nacionais realizados	2	0	20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade (Plano Orçamentário: 0003 - Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade)
Realizar 10 seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades	Seminários realizados	3	3	
Promover a assinatura de contratos de ação pública, com definição de responsabilidades recíprocas na rede federativa em relação a	CIR com contratos assinados	154	Não foram assinados COAPs em 2013.	8287 - Aprimoramento, do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
população, em 80% (348) das comissões intergestores regionais (CIR) até 2015				SUS
Realizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde ^[1]	-	-	-	-
Disponibilizar o sistema Cartão Nacional de Saúde para 100% das redes assistenciais	Usuários de Sistemas e Serviços de Saúde Identificados e com Número de Cartão Atribuído	150.000.000	102 milhões de registros de CNS higienizados.	6152 - Cartão Nacional de Saúde

[1] Não está programada Conferência Nacional de Saúde para 2013.

Informações Adicionais

A conformação jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS) define que as ações e serviços de saúde desenvolvidos pelos entes federativos sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada, dadas a dimensão territorial e a complexidade para promover a equidade, integralidade e universalidade. Essa definição constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado de gestão. Compete ao Ministério da Saúde o aperfeiçoamento do processo de gestão do SUS e a incorporação de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental, sendo o mais recente a construção do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Ao longo deste ano, diversas ações foram efetuadas nos estados de TO, RR, AL, ES, BA, SP, RJ, SC, PE, PR e SE, com vistas à celebração do contrato. Na perspectiva de fortalecer esse processo, o Ministério da Saúde promoveu, no XXIX Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), 04 oficinas com o tema “Agenda Federativa para implementação do COAP”, onde foram compartilhadas as experiências dos estados que assinaram o COAP (MS e CE) seguidos dos estados que estão em fase de implantação.

Atualmente, com a alteração no número de regiões de saúde no Pará, o país passa a ter 436 regiões de saúde, das quais 24 regiões já assinaram o COAP em 2012, sendo 4 regiões no MS e 20 regiões no CE.

A implementação da política de informação e informática em saúde para a tomada de decisão nas três esferas de gestão do SUS e a universalização do Cartão Nacional de Saúde (CNS) nas redes assistenciais, estão igualmente envolvidas neste contexto de modo a contribuir para a qualificação da gestão federativa e a resolubilidade das ações e serviços de saúde.

Desta forma, no que se refere à meta de disponibilizar o CNS para 100% das redes assistenciais, foram higienizados 102 milhões de registros da base de dados e disponibilizado a 100% das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) o sistema CADSUSWEB, ferramenta acessada por profissionais da saúde que operam a base de dados do CNS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas secretarias estaduais e municipais de saúde e que possuem o código de acesso do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). O objetivo do CADSUSWEB é dar mais fluidez ao processo de cadastramento e distribuição do número do

Cartão. O CADSUSWEB é o primeiro passo para a integração dos sistemas de saúde em uma base nacional, o que está previsto para ser concluído até o final de 2013.

No âmbito da participação da sociedade, destaca-se a realização de ações que buscaram a consolidação das políticas de promoção da equidade, da educação popular em saúde e do fortalecimento do controle social.

Assim, até o 2º quadrimestre de 2013, foram realizadas as seguintes ações:

2.512 pessoas capacitadas, entre Conselheiros de Saúde, Lideranças de Movimentos Sociais, Educadores Populares, Agente de Controle de Endemia, Agentes Comunitário de Saúde e Gestores em temáticas da Gestão Participativa e Controle Social;

Foram realizados 03 seminários regionalizados sobre a saúde das comunidades quilombolas, com a participação de gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros e lideranças quilombolas, em parceria com a SEPPIR, o INCRA e a Secretaria Geral da Presidência da República nos estados da Bahia, Maranhão e Rio Grande do Sul.

Estão previstos para o segundo semestre de 2013, Encontros Nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais, da População em Situação de Rua, dos Ciganos e dos Gestores do SUS.

Diretriz 13 - Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Esta diretriz contempla o campo da gestão do SUS, seus processos e instrumentos, a geração e disponibilização de informações estratégicas, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão a partir da identificação de problemas visando à correção de rumos. Além disso, tais ações dão subsídios aos processos de elaboração, implantação e fortalecimento do Sistema nas três esferas de governo.

Resultados esperados na PAS em 2013

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Apoiar o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil em 100% dos fundos estaduais e municipais de saúde anualmente	Fundos apoiados	5.595	5.569 municípios e 27 Estados apoiados.	2B52 - Desenvolvimento Institucional da Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Fundo Nacional de Saúde e dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde
Implantar e implementar o Indicador Nacional de Acesso e Qualidade em Saúde	IDSUS aprimorado	1	Esta sendo construído programa computacional que automatizará o cálculo do IDSUS e de todos seus indicadores.	8753 - Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Implantar e implementar Portal da Transparência do Ministério da Saúde	Portal mantido	1	Portal mantido.	
Apoiar a implantação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado	Ouvidorias com implantação apoiada	125	95 municípios estão em processo de implantação de ouvidorias.	6182 - Ouvidoria Nacional de Saúde
Realizar 4 mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública até 2013	Ações de controle interno e auditorias realizadas	1.000	826	8708 - Auditoria do Sistema Único de Saúde

Informações Adicionais

A saúde conta com várias ferramentas de monitoramento e avaliação, como o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) - um indicador síntese que faz a aferição contextualizada do desempenho do SUS - e o Portal da Transparência, que tem o objetivo de aumentar a transparência da gestão pública. Estas ferramentas permitem ao cidadão acompanhar como o dinheiro público está sendo utilizado e, dessa forma, fiscalizar a aplicação dos recursos na área da saúde.

Nesse contexto, foi publicada a Portaria 1.517 de 24/07/2013, que instituiu o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, que discutirá o Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS e a revisão IDSUS, todos com propostas já elaboradas.

Estruturaram-se ainda de forma integrada as áreas de Ouvidoria e o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), contribuindo com a reorganização das competências e responsabilidades da gestão em saúde.

O Sistema Nacional de Ouvidoria está organizado nas três esferas de governo sendo, atualmente, 1.012 ouvidorias implantadas. O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) é o responsável pelo processo de descentralização das Ouvidorias do SUS e, para tanto, tem investido em estratégias para apoiar estados e municípios na implantação de ouvidorias. A normatização que respalda esse processo está na Constituição Brasileira, na Política Nacional de Humanização, na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, no Decreto nº 7.508/2011 e nas deliberações das 10ª à 13ª Conferências Nacionais de Saúde.

Em 2013, estão em processo de implantação de ouvidoria 84 municípios do Ceará e 11 do Mato Grosso do Sul, que já assinaram o COAP, e 190 capacitados pelo DOGES, no curso Tecendo a Rede do Sistema Nacional de Ouvidoria. O processo de sensibilização e capacitação para implantação de novas ouvidorias com o sistema informatizado OuvidorSUS é contínuo e seguem os critérios estabelecidos no indicador 13 do Contrato Organizativo de Ação Pública. No contexto da busca pelo aperfeiçoamento do Sistema, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), lançou em 2012 o Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria do SUS. A iniciativa atende às deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em especial a de ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS.

Além dessa ação, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS atua para formação e qualificação das Ouvidorias do SUS que compõem o Sistema Nacional de Ouvidoria. Para tanto,

realiza, por meio de convênio com a Fiocruz o Mestrado Profissional em Saúde Pública – área de concentração, desenvolvimento e políticas públicas. Desenvolveu, em parceria com o DENASUS, por outro convênio com a Fiocruz o projeto para elaboração do Curso Livre em Auditoria e Ouvidoria, com a finalidade de ofertar esse curso em todos os Estados do país, pelas Escolas de Saúde Pública, visando a formação de profissionais nas Regiões de Saúde para dar suporte aos gestores que contratualizarem a implantação de ouvidoria, no Contrato Organizativo de Ação Pública. Também foram realizadas 286 ações de capacitação, 66 adesões ao Sistema OuvidorSUS, iniciada a construção do Índice Nacional de Qualidade das Ouvidorias do SUS e da Política Nacional do Sistema Nacional de Ouvidorias e elaborado o Projeto de Qualificação das Ouvidorias Estaduais.

Foi incentivada a manifestação espontânea dos cidadãos por meio do telefone 136, carta, atendimento presencial e formulário eletrônico disponível no Portal da Saúde, além da implantação da Ouvidoria Ativa, envolvendo duas ações distintas:

- CartaSUS: encaminhada aos cidadãos internados pelo SUS e aos que realizam procedimentos de alta complexidade, contendo os seus dados, informações da internação e dos procedimentos e valor pago pelo SUS referente aos tratamentos e instrumentos de avaliação do atendimento. No primeiro semestre de 2013, foram enviadas 9.444.342 cartas. De janeiro/2012 a agosto/2013, no que se refere à pesquisa de satisfação do usuário, foram obtidos 980.036 cartões resposta, por correio, internet e telefone; 4.445 manifestações, entre denúncias, reclamações, elogios, informações, solicitações e sugestões, das quais 2.874 são denúncias.
- Pesquisas: Pesquisa Rede Cegonha com o objetivo de avaliar a implantação da Rede Cegonha, foi realizada uma pesquisa por telefone, com mulheres que tiveram partos pelo SUS, abrangendo questões relativas ao pré-natal, parto, pós-parto e saúde da criança. A pesquisa foi iniciada em 10/5/2012, contabilizando 165.841 questionários aplicados até 5/9/2013. Para a aplicação dos questionários foram realizados 670.919 contatos. Pesquisa de Avaliação da Internação do cuidado pós alta de Acidente Vascular Cerebral e de Infarto Agudo do Miocárdio, em adultos, com o objetivo de avaliar o atendimento recebido nos serviços públicos de saúde durante a internação e verificar o acompanhamento médico pós-alta do paciente. A pesquisa foi iniciada em 31/05/2013, contabilizando 14.165 questionários aplicados até 05/09/2013 e para a aplicação dos questionários foram realizados 42.421 contatos. Outra importante ação realizada pela Ouvidoria Ativa, nos meses de agosto e setembro, foi a mobilização de médicos e gestores para a inscrição no Programa Mais Médicos para o Brasil, nestes dois meses foram realizados mais de 3.000 contatos com gestores e profissionais.

Como resultado dos trabalhos desenvolvidos até o 2º quadrimestre de 2013, foram contabilizados os seguintes números:

- Formulário Web: foram registradas 284.780 manifestações, protocoladas no Sistema OuvidorSUS;
- Portal de Perguntas Frequentes (FAQ): foram esclarecidas 149.911 perguntas sobre saúde pelo portal, no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.
- Serviço de Informação ao Cidadão (SIC): ocorreram 1.092 registros, todos respondidos.

No que se refere ao controle, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) é o componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), responsável por exercer atividades de Controle Interno (auditoria, fiscalização e visita técnica) no âmbito do SUS em todo o território nacional, por meio da Unidade Central e das Unidades Desconcentradas.

Dentre as atividades que exerce, destacam-se as realizadas nas marcas de governo: SAÚDE TODA HORA - SAMU192, SAÚDE DA MULHER - CA de Mama, SAÚDE DA MULHER - CA de Colo de Útero, SAÚDE NÃO TEM PREÇO - FARMÁCIA POPULAR; como também, na vigilância em saúde – HANSENÍASE, Aquisição e utilização de OPM - Cardiologia, Aquisição e utilização de OPM - Traumato-ortopedia e CartaSUS.

De janeiro a junho de 2013, o Ministério da Saúde, por meio do DENASUS, realizou 826 atividades de Controle Interno, 512 auditorias, 81 fiscalizações, 58 verificações do TAS e 175 visitas técnicas, que resultaram em mais de R\$ 124,3 milhões em proposições de ressarcimento aos cofres públicos.

Diretriz 14 - Promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhar as experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

A diretriz 14 reúne e organiza toda a agenda internacional do Ministério da Saúde e instituições vinculadas, sendo definidas suas prioridades a partir de cinco eixos: fortalecimento e desenvolvimento do complexo industrial da saúde; fortalecimento da atuação do setor saúde em fóruns multilaterais; fortalecimento da integração regional em saúde; fortalecimento da cooperação internacional e assistência humanitária em saúde; e aperfeiçoamento da gestão das ações internacionais em saúde.

Resultados esperados na PAS em 2013:

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
Consolidar em Moçambique o escritório Fiocruz para a África de Língua Portuguesa	Escritório mantido	1	Escritório mantido.	2B42 - Cooperação Tec. Nac. e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde
Promover a regulamentação do acesso à saúde em área de fronteira, por meio de constituição ou reativação de comissões de saúde na fronteira, Acordos de Localidades Fronteiriças Vinculadas e promoção da celebração de contratos de prestação de serviços fronteiriços pelos Estados e Municípios.	Reuniões realizadas	Criação do GT Fronteiras por Portaria Ministerial (Portaria Publicada). Relatório das Ações de saúde de Fronteira realizadas pelo MS (Reunião com as Secretarias do MS Realizadas / Relatório Concluído) Participação e acompanhamento das ações de saúde nas Comissões Binacionais de Fronteira coordenadas pelo MRE (dez Relatórios de Reuniões) Articulação das Secretarias do MS para definição de prioridades e elaboração do Plano de Ação de saúde para as fronteiras (Plano apresentado) 01 projeto para fortalecer a resposta das regiões fronteiriças do Uruguai à epidemia de HIV/AIDS implementado	Portaria em fase de análise. Reuniões concluídas, relatório em análise. Participação em reunião da Comissão Mista Transfronteiriça Brasil/França realizada, em Calene/Guiana Francesa, entre os dias 12 e 13 de março de 2013. Projeto de Plano apresentado (relatório).	20QG - Atuação Internacional do Ministério da Saúde

Metas PNS	Produto PAS 2013	Meta Física PAS 2013	Meta Física PAS 2013 Realizada	Ação Orçamentária PLOA 2013
		<p>por meio de ações de coop. Téc., envolvendo formação e treinamento de recursos humanos nas áreas de assistência, prevenção e direitos humanos. 01 projeto de vigilância em saúde, focado no monitoramento e análise de informações de saúde na fronteira Brasil-Colômbia, implementado por meio de ações de cooperação técnica. (recursos provenientes de outras fontes)</p>	<p>Projeto aprovado pelo Brasil e aguardando tramitações necessárias por parte da Colômbia.</p>	

N/I: Não informado

Informações Adicionais

Visando o fortalecimento da cooperação internacional e assistência humanitária em saúde o Brasil desenvolve um dos maiores projetos de cooperação técnica internacional em saúde no Haiti. O objetivo é o fortalecimento das capacidades institucionais em todos os segmentos envolvidos. Essa cooperação está pautada na transferência de tecnologia com intercâmbio das experiências exitosas do SUS.

No final abril de 2013 a Ministra da Saúde Pública e Assistência Social do Peru, Midori De Habish, visitou o Brasil para conhecer a experiência brasileira nos seguintes temas: política e gestão da Farmácia Popular; organização e implementação dos projetos de Telessaúde; política e normas técnicas de infraestrutura e equipamentos para hospitais digitais; experiência do SUS quanto ao processo de integração com a previdência social, normas operacionais básicas do sistema descentralizado, compra de serviços do setor privado e regulação dos prestadores públicos e privados; capacitação de profissionais do SUS (UnA-SUS); transferência de tecnologia para a produção de tuberculostáticos e antimaláricos; prevenção e controle de câncer; banco de sangue de cordão umbilical, registro nacional de doadores de medula óssea e laboratório de histocompatibilidade.

Nos dias 4 e 5 de julho de 2013, representante da Assessoria Internacional deste Ministério participou de missão de avaliação e de detalhamento de projetos a Lima, coordenado pela ABC. Na ocasião foram avaliados com as contrapartes peruanas os projetos nas áreas de bancos de leite humano, de e fortalecimento das capacidades dos sistemas de Saúde do Peru e, renegociados os projetos na área de influenza e de vigilância sanitária. Como desdobramentos da visita da Ministra De Habish ao Brasil, em julho último realizou-se missão da FIOCRUZ ao Peru para prestar cooperação na área de transferência de tecnologia para a produção de tuberculostáticos e antimaláricos e, no final de agosto missão da Direção de Infraestrutura e Equipamentos do Ministério da Saúde (DGIEM) do Peru visitou o Brasil, para conhecer a normatização da gestão hospitalar brasileira no que se refere à infraestrutura e equipamentos. Ainda, no âmbito dessa visita, está previsto para o período de 9 a 11 de outubro próximo missão Secretaria de Ciência e Tecnologia deste Ministério ao Peru para prestar cooperação na área de farmácia popular. Por fim, o MS está verificando junto a área competente a possibilidade de enviar missão àquele país para outubro ou novembro para prestar cooperação na área de telessaúde.

Nos dias 1º e 2 de julho de 2013, representante da Assessoria Internacional deste Ministério participou de missão de avaliação e de detalhamento de projetos a Quito para avaliar com as

contrapartes equatorianas os projetos em execução “Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano no Equador” e “Apoio Técnico para o Fortalecimento das Funções Regulatórias de Pré e Pós Comercialização de Medicamentos no Equador”. Ademais, renegociar os projetos em fase de assinatura (Apoio ao Fortalecimento da Promoção da Saúde do Equador, Consolidação dos Modelos de Atenção à Saúde Aplicados aos Povos Indígenas e Fortalecimento Tecnológico da Rede de Bancos de Leite Humano do Equador), de modo que os custos fossem compartilhados com as demais instituições envolvidas nesses projetos.

Realizou-se em agosto missão de especialistas do Ministério da Saúde de Honduras ao Brasil para realizar missão de cooperação técnica no âmbito de projeto bilateral na área de sangue e hemoderivados. Durante o período foram realizadas capacitações junto a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados deste Ministério e junto à ANVISA.

Diretriz 15 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.

A Política Nacional de Saneamento Básico em áreas rurais, com destaque para comunidades tradicionais, assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas e ribeirinhos tem como atribuição o desenvolvimento de ações de saneamento básico nas sedes urbanas dos municípios com até 50.000 habitantes.

Com relação às ações de Saneamento Rural, desenvolvidas principalmente em comunidades quilombolas, assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, cabe informar que as mesmas constam do Programa de Aceleração do Crescimento/PAC 2, tendo suas metas estabelecidas para 2013 voltadas para atender principalmente ao programa “Água Para Todos”, mais especificamente ao Plano de Universalização do Acesso a Água para Consumo Humano no Semiárido, com vistas a atender ao Plano Brasil Sem Miséria.

Dentre os principais resultados obtidos em 2013 destacam-se:

- Contratação da elaboração de projetos técnicos de sistemas de abastecimento de água para 165 comunidades, sendo 154 comunidades rurais do semiárido e 11 comunidades rurais fora do semiárido. Além destes, foram contratados projetos técnicos para esgotamento sanitário para 30 comunidades rurais.

- Apoio ao controle da qualidade da água com: capacitação de 1.897 técnicos em 90 municípios; análise de 4.753 amostras de água e um total de 37.129 análises físico-químicas, microbiológicas e hidrobiológicas realizadas em 287 municípios - dados apurados em 21 estados.

- Contratados cerca de R\$ 585 milhões em obras de sistemas de abastecimento de água;

- Contratação de cerca de R\$ 1.752 milhões em obras de sistemas de esgotamento sanitário;

- Concluída a elaboração de projetos modelos para apoio as propostas do programa de Melhorias Habitacionais para Controle de Doença de Chagas; e publicada portaria de seleção para apoio técnico e financeiro na complementações das ações referentes a este programa.

Em relação aos termos de compromisso, as atividades foram concentradas nas etapas preparatórias para efetivação do processo de contratação e celebração desses termos para atendimento de comunidades quilombolas. Este processo encontra-se em andamento.

Diretriz 16 - Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.

O Plano Brasil Sem Miséria (BSM) objetiva a expansão e a qualidade dos serviços públicos ofertados às pessoas em situação de extrema pobreza, agregando transferência de renda, acesso a serviços públicos e inclusão produtiva. Assim, buscando alcançar tais objetivos, é que as ações do Plano BSM vêm sendo executadas.

Dentre os resultados apurados no 2º quadrimestre de 2013, merecem destaque:

- Publicação da Portaria 1.301/GM, de 28 de junho de 2013, definindo os recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Assim, foi descentralizado recurso financeiro referente à aquisição de 129 cadeiras para 57 municípios;

- Aquisição de 1.094 equipamentos para consultórios odontológicos, de modo a apoiar municípios na implantação de novas Equipes de Saúde Bucal.

- Implantação de 5 novos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs em municípios do BSM.

- Produção de 150.394 próteses dentárias.

Anexo I

Atividades concluídas pelo DENASUS no 2º quadrimestre de 2013

Atividades encerradas por tipo de controle

Atividades de controle	Qtde
Auditoria	432
Fiscalização	37
Verificação do TAS	43
Visita Técnica	165
Total geral	677

Fonte: Coordenação de Sistemas de Informação - DENASUS/SGEP/Ministério da Saúde

Atividades encerradas por objeto

Objeto	Qtde
Assistência Farmacêutica	188
Atenção Básica	109
Fora de bloco de financiamento	85
Gestão	11
Investimentos	136
Média e Alta Complexidade	137
Vigilância em Saúde	11
Total geral	677

Fonte: Coordenação de Sistemas de Informação - DENASUS/SGEP/Ministério da Saúde

Classificação das constatações das ações de controle (Auditoria, Fiscalização e Verificação do TAS)

Classificação das constatações	Conformidade		
	Conforme	Não Conforme	Total geral
Assistência Farmacêutica	106	163	269
Assistência Farmacêutica - Componente Especializado	1	8	9
Assistência Farmacêutica - Medicamentos estratégicos	5	1	6
Assistência Farmacêutica Básica	100	154	254
Assistência Média e Alta Complexidade	1273	957	2230
Assistência Ambulatorial	129	98	227
Assistência Hospitalar	419	404	823
Assistência Hospitalar/Ambulatorial	678	409	1087
SAMU 192	47	46	93
Atenção Básica	296	437	733
ESF - PACS/PSF	117	160	277
ESF Saúde Bucal	36	45	81
Processo de Trabalho	82	101	183
Resultado	3	8	11
Unidade hospitalar	3		3

Classificação das constatações	Conformidade		
	Conforme	Não Conforme	Total geral
Unidades Básicas de Saúde	55	123	178
Cadastramento de Serviços		1	1
Média e Alta Complexidade		1	1
Controle Social	142	153	295
Conferência de Saúde	6	5	11
Conselho de saúde	132	144	276
Ouvidoria/Central de Atendimento ao Usuário	4	4	8
Controles Internos	29	62	91
Estrutura	4	8	12
Processo	23	51	74
Resultado	2	3	5
Engenharia/Arquitetura	32	34	66
Equipamentos	5	7	12
Obras e Serviços	27	27	54
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	5	2	7
Gestão do Trabalho	5	2	7
Gestão Municipal	15	1	16
Assistência de Atenção Básica	14	1	15
Regulação	1		1
Programa Farmácia Popular do Brasil	365	1028	1393
Unidades Privadas-Aqui Tem Farmácia Popular	365	1028	1393
Programas Estratégicos	40	55	95
Estrutura	12	21	33
Processo	23	28	51
Resultado	5	6	11
Recursos Financeiros	665	590	1255
Contrato	64	107	171
Convênios	79	8	87
Emenda Constitucional 29/2000	11	8	19
Execução Orçamentária	112	195	307
Fundo a Fundo	129	75	204
Fundo de Saúde	196	151	347
Licitação	74	46	120
Recursos Humanos	40	80	120
Gestão	12	11	23
Profissionais de Saúde	28	69	97
Regionalização, Planejamento e Programação	105	129	234
Comissão Intergestores Bipartite	3		3
Estrutura Organizacional	7		7
Instrumentos Planejamento PDR/PPI/PDI	2	8	10
Plano de Saúde	36	57	93
Relatório de Gestão	32	56	88
Termo de Compromisso de Gestão	25	8	33
Regulação	16	29	45
Centrais de Regulação	4	10	14
Controle e Avaliação	12	19	31
Saúde Bucal CEO (média e alta complexidade)		1	1
Estrutura		1	1
Sistema Nacional de Auditoria	1	7	8
Estrutura	1	3	4

106

Classificação das constatações	Conformidade		
	Conforme	Não Conforme	Total geral
Processo		2	2
Resultado		2	2
Vigilância em Saúde	37	76	113
Vigilância Ambiental	1	9	10
Vigilância Epidemiológica	33	51	84
Vigilância Sanitária	3	16	19
Total geral	3167	3805	6972

Fonte: Coordenação de Sistemas de Informação - DENASUS/SGEP/Ministério da Saúde

(O Aviso nº 2, de 2014-CN vai à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização; e o Aviso nº 4, de 2014 vai à Comissão de Assuntos Sociais.)

Publicado no DSF, de 4/2/2014.

2

PARECER N° , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei da Câmara (PLC) n° 77, de 2016 (PL n° 2.332, de 2015, na origem), da Deputada Soraya Santos, que regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo e o Técnico em Estética.

RELATORA: Senadora ANA AMÉLIA

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei de Lei da Câmara (PLC) n° 77, de 2016 (PL n° 2.332, de 2015, na origem), que regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo e o Técnico em Estética, é de autoria da Deputada Soraya Santos.

A proposição visa a regulamentar o exercício da profissão de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e o Técnico em Estética.

O exercício da profissão de Esteticista será considerado livre em todo o território nacional, observadas as disposições previstas em lei, decorrentes da aprovação desta proposição.

O art. 3º do PLC considera Técnico em Estética o profissional habilitado em:

a) curso técnico com concentração em Estética, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil;

b) curso técnico com concentração em Estética, oferecido por escola estrangeira, com declaração de equivalência ou revalidação de certificado ou diploma pelo Brasil.

Os profissionais que possuam formação em cursos livres e que estejam comprovadamente no exercício da profissão há pelo menos dois anos, contados da data de entrada em vigor desta Lei, terão assegurado o direito à continuidade de suas atividades por força de expressa disposição legal.

O art. 4º considera Esteticista e Cosmetólogo o profissional:

a) graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil;

b) graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por escola estrangeira, com diploma revalidado no Brasil.

O art. 5º dispõe que compete ao Técnico em Estética:

a) a aplicação de procedimentos estéticos por meio de recursos terapêuticos manipulativos, energéticos e vibracionais e não farmacêuticos;



b) a execução de procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas e equipamentos específicos;

c) a elaboração do programa de atendimento ao cliente, de acordo com o quadro apresentado, estabelecendo as técnicas a serem empregadas e a quantidade de aplicações necessárias;

d) a solicitação, quando julgar necessário, de parecer de outro profissional que complemente a avaliação estética.

O art. 6º estabelece que compete ao Esteticista e Cosmetólogo, além das atividades descritas no art. 5º:

a) a responsabilidade técnica pelos centros de estética que executam e aplicam recursos estéticos;

b) a direção, a coordenação, a supervisão e o ensino de disciplinas relativas a cursos que compreendam estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia, desde que observadas as leis e normas regulamentadoras da atividade docente;

c) o treinamento institucional nas atividades de ensino e de pesquisa nas áreas de estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia;

d) a auditoria, a consultoria e a assessoria sobre cosméticos e equipamentos específicos de estética;

e) a elaboração de informes, de pareceres técnico-científicos, de estudos, de trabalhos e de pesquisas mercadológicas ou experimentais relativos à Estética e à Cosmetologia, na sua área de atuação.





Já o art. 7º aduz que o Esteticista, no exercício das suas atividades e atribuições, deve zelar:

- a) pela conduta ética;
- b) pela transparência em sua relação com o cliente, prestando-lhe contas e atendendo-o quanto às suas necessidades;
- c) pela segurança dos clientes e demais envolvidos no procedimento aplicado, evitando exposição a riscos e potenciais danos.

O art. 8º estabelece que o Esteticista deve cumprir e fazer cumprir as normas relativas à biossegurança e à legislação sanitária.

O art. 9º determina que a relação estabelecida entre o cliente e o Esteticista gera uma obrigação de meio para o profissional, devendo utilizar os recursos mais adequados para atingir o objetivo em cada caso.

O art. 10 transfere ao regulamento a ser expedido pelo Poder Executivo as normas relativas a fiscalização do exercício da profissão de Esteticista.

Por fim, o art. 11 do PLC consigna que as normas fixadas por esta proposição não se aplicam aos profissionais de embelezamento e higiene previstos na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 5161.

A fim de melhor instruir a discussão e deliberação sobre este PLC propus – e foi aprovado na Sessão extraordinária desta Comissão na data de 14 de dezembro de 2016 – o Requerimento nº 35, de 2016-CAS, solicitando Audiência Pública para instruir o Projeto de Lei da Câmara nº 77, de 2016, nos termos do artigo 93, I, do RISF.

Sugeri, dentre outros, os seguintes convidados:

- Roberto Mattar Cepeda – Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);
- Katia Regina De Lima E Silva Smaniotto – Coordenadora de Curso - Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética - Universidade Feevale, de Novo Hamburgo, RS;
- Rosalyne Kelly Gomes, Presidente do Sindestetic-RJ – Sindicato dos Empregadores e Profissionais Liberais em Estética e Cosmetologia do Estado do Rio de Janeiro;
- Gabriel Gontijo – Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD
- Carlos Vital – Presidente do Conselho Federal de Medicina- CFM.

Assim, com as informações adicionais que coletamos a partir das manifestações prestadas em audiência pública e outras reuniões poderemos fixar uma posição mais adequada com vistas à deliberação sobre esta proposição.

Até a presente data, foram apresentadas três emendas da autoria do Senador Hélio José.



II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS discutir e votar o presente projeto de lei, em caráter não terminativo.

A regulamentação de profissões insere-se no campo temático do Direito do Trabalho. Normas com esse conteúdo estão dentre aquelas de iniciativa comum, prevista no art. 61 da Constituição Federal. Cabe ao Congresso Nacional legislar sobre o tema, nos termos do art. 48 da mesma Carta.

Além disso, por não se tratar de matéria cuja iniciativa seja privativa do Presidente da República, do Procurador-Geral da República e dos Tribunais Superiores, aos parlamentares é facultado iniciar o processo legislativo sobre o tema, nos termos do art. 48 da Carta Magna.

Note-se, ainda, que a proposição está em conformidade com as regras estabelecidas na Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, especialmente no que se refere ao art. 12, III.

Observados esses pressupostos, temos que a proposição original não apresenta vícios de inconstitucionalidade formal, nem de ilegalidade.

A proposição dialoga com a evolução das profissões, especialmente no segmento da estética e da cosmetologia.

Em 18 de janeiro de 2012, foi editada a Lei nº 12.592, que dispôs sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador.



Entretanto, tal ato legislativo somente reconheceu a existência destas profissões em seu caráter técnico.

Mais recentemente foi aprovada a Lei nº 13.352, de 27 de outubro de 2016, que alterou a Lei nº 12.592, de 2012, para dispor sobre o contrato de parceria entre esses profissionais.

No entanto, nenhuma legislação até agora foi aprovada com o nível de detalhamento contido na proposição que agora apreciaremos

Importante salientar que o papel do Legislador, além de assegurar os direitos inerentes ao exercício de qualquer profissão, é garantir acesso ao emprego e ao exercício de atividades profissionais a qualquer cidadão minimamente habilitado para este mister.

Registramos, por oportuno, que toda e qualquer regulamentação profissional é sempre restritiva do mercado do trabalho, pois impõe limites ao seu exercício e exige qualificações específicas que não são alcançadas pelo cidadão comum.

Por outro lado, não há dúvida de que a área da estética e da cosmetologia é amplamente capilarizada em todo o País, podendo a aprovação deste PLC impactar o mercado de trabalho de milhares destes profissionais, impossibilitando, ainda, a formação de outros profissionais que não tiverem à disposição os cursos necessários a sua habilitação.

Por esta razão, o esforço é no sentido de que a aprovação deste projeto de lei não impacte negativamente o mercado de trabalho e nem restrinja, sem amparo constitucional, a oferta de serviços para a sociedade.



Já existem cursos superiores oferecidos nestas áreas, além de cursos de graduação tecnológica, com duração de dois anos, voltados à formação profissional.

Cursos com bacharelado são mais restritos e somente estes poderiam gerar a equivalência de formação acadêmica com outros cursos de graduação como fisioterapia, terapia ocupacional e farmácia, observadas as habilitações em cada caso.

Uma das regras básicas da Constituição Federal é a liberdade de exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão.

Essa liberdade está expressa em seu art. 5º, inciso XIII, que diz: *é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.*

Há uma ilusória suposição de que o poder e a proteção de determinada categoria profissional reside na possibilidade de que dispõe para obter do Estado a sua regulamentação.

Para Celso Ribeiro Bastos¹, a regulamentação legal de todo e qualquer ofício ou ocupação limita a realização dos objetivos da norma constitucional. Negam-se os direitos de cidadania ao se restringir ainda mais o acesso ao mercado de trabalho para um enorme contingente de mão-de-obra que, porventura, não preencha os requisitos impostos pela lei, mas que desenvolve sua ocupação com competência, por mérito pessoal, por habilidade própria ou por um aprendizado que, muitas vezes, passa de pai para filho.

¹Comentários à Constituição do Brasil, Vol. II, 1989, pp. 77-78.



É muito comum confundir regulamentação profissional com o reconhecimento da profissão e com a garantia de direitos, quando, na verdade, regulamentar significa impor limites, restringir o livre exercício da atividade profissional, já valorizada, reconhecida e assegurada constitucionalmente.

O poder de o Estado de interferir em determinada atividade para limitar seu livre exercício só se justifica se o interesse público assim o exigir.

Certamente que a exigência do interesse público não é pela especificação ou reserva de direitos para um determinado segmento econômico-profissional e, sim, pela imposição de deveres em favor dos consumidores de seus serviços que, se prestados por pessoas sem um mínimo de conhecimentos técnicos e científicos especializados, poderiam acarretar sério dano social, com riscos à segurança, à integridade física, à saúde, à educação, ao patrimônio e ao bem-estar dos cidadãos.

A restrição da qualificação profissional estabelecida em lei fundamenta-se no princípio de que o Estado regulamente tão só as profissões cujo exercício esteja intimamente ligado **à vida, saúde, educação, liberdade ou segurança das pessoas**. É esse, portanto, o motivo de a lei exigir determinadas condições de capacitação para o exercício de tais atividades. Daí por que a regulamentação de uma determinada profissão não pode prescindir de um órgão de natureza estatal, com poderes para exercer as atribuições normativas e fiscalizadoras do exercício profissional.

Pinto Ferreira² afirma que a liberdade de profissão assim deve ser entendida: escolha da profissão; exercício da profissão; e admissão à profissão. Em relação à escolha da profissão, a liberdade é inviolável, sendo, todavia, legítimo o poder de polícia para legalizar e permitir *in totum* a admissão e o exercício da profissão.

²Comentários à Constituição Brasileira, Saraiva, vol. I, 1989, pág. 89.



Determinadas profissões exigem habilitações específicas para o exercício (advocacia, medicina, engenharia etc.); outras atividades preveem condições materiais adequadas (por exemplo, estabelecimento de ensino) para seu funcionamento.

Não somente as atividades liberais estão sujeitas à vigilância do poder de polícia, mas também outras, por razões de segurança pública (hospedagem, hotéis, indústrias de pirotecnia), por motivos de saúde (produção de produtos farmacêuticos).

Em qualquer desses casos, percebe-se que se exige uma ligação clara entre o trabalho, ofício ou profissão, de um lado, e a contenção estatal, de outro, representado pela relevância pública (saúde, segurança, instituição).

Sem essa ligação, a atuação estatal que contenha limite e discipline o trabalho é inconstitucional, por violar a primeira parte do mandamento do art. 5º, XIII, da CF.

Com efeito, lá se lê que a liberdade de trabalho, ofício e profissão é a regra; a exceção, representada pelas limitações da lei ao exercício dessas atividades, exige, para o reconhecimento de sua constitucionalidade, a necessidade de limitação e atuação estatal, a partir do sentimento de relevância social do seu desempenho ótimo.

Recentemente, sobre o tema da regulamentação de profissões, o Ministro Gilmar Mendes, ao relatar Recurso Extraordinário, em que o Ministério Público Federal e o Sindicato das Empresas de Rádio e Televisão no Estado de São Paulo – SERTESP (assistente simples) defendem a não-recepção, pela Constituição de 1988 (art. 5º, IX e XIII, e art. 220, *caput* e § 1º), do art. 4º, inciso V, do Decreto-Lei nº 972, de 1969, o qual exige o diploma de curso superior de jornalismo para o exercício da profissão de jornalista, lembra que, sobre o tema, o Supremo Tribunal Federal possui jurisprudência.



Relata que, ainda sob a vigência da Constituição de 1967/69, o Tribunal tratou sobre profissão de corretor de imóveis e que, no RE nº 70.563/SP, o Relator, Ministro Thompson Flores fez as seguintes considerações:

A doutrina constitucional entende que as qualificações profissionais de que trata o art. 5º, inciso XIII, da Constituição, somente podem ser exigidas, pela lei, daquelas profissões que, de alguma maneira, podem trazer perigo de dano à coletividade ou prejuízos diretos a direitos de terceiros, sem culpa das vítimas, tais como a medicina e demais profissões ligadas à área de saúde, a engenharia, a advocacia e a magistratura, dentre outras várias.

Na mesma ocasião, o Ministro Gilmar Mendes enfatizou que a profissão que não implicar riscos à saúde ou à vida dos cidadãos em geral, não poderia ser objeto de exigências quanto às condições de capacidade técnica para o seu exercício.

Eventuais riscos ou danos efetivos a terceiros causados pelo profissional não seriam inerentes à atividade e, dessa forma, não seriam evitáveis pela exigência de um diploma de graduação.

Entendemos, portanto, que o Projeto de Lei de Lei da Câmara (PLC) nº 77, de 2016, que regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética, enquadra-se na possibilidade de atuação do Estado, uma vez que o exercício desta profissão envolve cuidados com a saúde da pessoa humana e que a falta de habilitação adequada poderá, de alguma forma, trazer riscos à sociedade, razão pela qual a sua disciplina legal é admitida.



Ressaltamos, ainda, que a regulamentação profissional ora pretendida não tem como objetivo a equiparação com outras profissões da área de saúde, mas sim a disciplina de uma atividade profissional de nicho específico.

Em face de todas estas considerações tivemos o cuidado de organizar diversas reuniões com todos os atores profissionais envolvidos na discussão desta matéria, especialmente profissionais da área da medicina, da fisioterapia e de representantes dos Esteticistas.

Durante o debate de pontos desta proposição ficou evidente a necessidade de se promoverem ajustes de redação que afastassem sobreposições relativas às habilitações específicas de cada profissão, além de se assegurar uma separação de competências, uma vez que parte significativa delas exige prévia prescrição médica e adoção de cautelas específicas para proteção ao paciente.

Assim, por mais que desejássemos a aprovação da matéria sem alterações de mérito, isso se demonstrou desaconselhável. Houve consenso entre os atores profissionais envolvidos de que ajustes seriam necessários, embora nem todas as alterações tenham obtido unanimidade.

Uma das alterações introduzidas neste parecer foi a de denominação da profissão que foi solicitada pelos próprios profissionais da área. Assim, substituímos as expressões “Esteticista e Cosmetólogo” para “Estetacosmetólogo”, que passa a ser a denominação destes profissionais, razão pela qual oferecemos um substitutivo que contempla todas as alterações de redação no PLC.

No parágrafo único do art. 3º do substitutivo ao PLC, passa-se a exigir três, e não dois anos de exercício profissional, para o reconhecimento de Técnico em Estética, na forma do regulamento.



Alteramos a ordem dos arts. 5º e 6º, estabelecendo que compete também, ao Estetacosmetólogo, as competências atribuídas ao Técnico em Estética.

Dentre as competências do Estetacosmetólogo acrescentamos a obrigação de observar, quando for o caso, a prévia prescrição médica apresentada pelo cliente, ou solicitar, após avaliação da situação, prévia prescrição médica ou fisioterápica.

Para o Técnico em Estética, da mesma forma acrescentamos disposição semelhante. No art. 8º mantivemos a regra que obriga os profissionais a zelar pela biossegurança e condições sanitárias adequadas no seu ambiente de trabalho e no atendimento ao cliente.

Os art. 9º foi suprimido em virtude de suas disposições já estarem contempladas no contexto do projeto, e uma nova redação lhe foi atribuída para estabelecer que o regulamento disporá sobre a fiscalização e a adequação do disposto na Lei oriunda desta proposição.

Importante salientar que sobre este aspecto específico da fiscalização profissional, uma vez mantida a natureza autárquica dos Conselhos Profissionais a partir do julgamento da ADIn nº 1.717-MC/DF, a iniciativa da matéria, no que concerne à criação de novos Conselhos, é privativa do Presidente da República, a teor do que dispõe o art. 61, § 1º, II, “e” da Constituição Federal, ficando vedada a iniciativa parlamentar em relação a este ponto.

A regulamentação profissional nem sempre reclama a instituição de um conselho corporativo. Todavia, na hipótese deste projeto de lei, o art. 9º do substitutivo transfere ao regulamento a ser expedido pelo Poder Executivo, as normas relativas à fiscalização do exercício da profissão, observadas as disposições previstas na futura Lei.



No cenário cada vez maior de crescimento do mercado da estética é importante que se incentive a formação destes profissionais tanto a nível técnico como a nível superior para que ofereçam melhores serviços, com mais qualidade e melhor remuneração.

A disposição prevista no art. 11 do PLC é desnecessária, pois os profissionais de embelezamento e higiene previstos na Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 5161 não são regidos pelas disposições desta proposição, uma vez que constituem atividade profissional distinta da que agora se pretende regulamentar, razão pela qual restou suprimido.

Recebi, também, do grupo de trabalho interdisciplinar que analisou este PLC, a solicitação para a inclusão de “Anexos” que listassem procedimentos e equipamentos que poderiam ser utilizados por profissionais esteticistas de nível superior ou técnico.

Entretanto, após a análise detida deste pedido, entendi que o mesmo não faz sentido. O ambiente de desenvolvimento científico e tecnológico dos dias atuais não pode ser desconsiderado ou negligenciado.

Restringir a estes profissionais ou a qualquer outros, a incorporação de novas tecnologias e inovações seria absolutamente despropositado.

Contudo, para evitar risco à saúde humana, estabelecemos como condição para a sua utilização o registro dessa tecnologia pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que só é possível com a apresentação do certificado de conformidade do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – (INMETRO) ou um Relatório Consolidado de testes.

Além disso, importa consignar que o art. 84, inciso IV, da Constituição Federal, fixa a competência do Poder Executivo para regulamentar e expedir decretos para fiel execução das leis ordinárias aprovadas pelo Congresso Nacional.



Assim, permite-se ao Poder Executivo promover a regulamentação desta Lei e adequá-la, sempre que for necessário, para a incorporação de novas tecnologias, mantendo-a atualizada.

No âmbito desta Comissão, foram apresentadas três emendas, todas de autoria do Senador Hélio José.

A Emenda nº 01-CAS, acrescenta parágrafo único do art. 1º do PLC para dispor que a lei não compreenderá as atividades em estética médica, nos termos definidos no art. 4º da Lei nº 12.842, de 2013.

Argumenta-se, neste caso, que o vernáculo “estética” se refere a diversas áreas do saber, como filosofia, arte, ética, lógica, beleza, saúde, dentre outros.

No contexto da área médica está relacionado a procedimentos estéticos invasivos como aplicação toxina botulínica de preenchimentos, de peelings químicos de profundidade média e profunda e de procedimentos cirúrgicos com fins estéticos, dermoabrasão, laser ablativo, entre outros procedimentos que não compreendem, em nenhuma hipótese, o rol de atividades desenvolvidas pelos profissionais esteticistas.

A Lei nº 12.842, de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina e trata do ato médico estabelece em seu art. 4º os atos que são privativos dos médicos.

Assim, argumenta-se que a introdução de um parágrafo único no art. 1º do PLC deixará claro que o projeto não trata das atividades da estética médica, mas sim de atividades atribuídas aos esteticistas graduados, e aos técnicos, por intermédio de cursos regulares avaliados, orientados e autorizados pelo Ministério da Educação.

Na verdade, a inclusão de tal disposição soa redundante, uma vez que o art. 4º da Lei nº 12.842, de 2013, versa sobre atos privativos do médico.



De qualquer forma, poder-se-ia, em algum caso, entender que determinado procedimento fixado em lei posterior, decorrente da aprovação deste PLC, implicasse em derrogação de algumas das atribuições relacionadas como privativas de médico.

Como a sugestão visa apenas o esclarecimento de atribuições profissionais, não vislumbro embaraço à sua aprovação.

A Emenda nº-02-CAS, pretende alterar a redação do inciso II, do art. 6º do PLC, para estabelecer que a *direção, a coordenação, a supervisão e o ensino de disciplinas específicas da profissão de Esteticistas e Cosmetólogo, em nível superior e de Técnico em Estética, observadas às leis e normas regulamentadoras da atividade docente.*

Segundo o autor, a formação do profissional Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética, compreende vários saberes da área de saúde.

Aduz que a nova redação se justifica à medida em que esclarece que as disciplinas específicas da profissão como a estética facial, corporal e capilar devem ser ministradas exclusivamente por docentes graduados na área de Estética e Cosmética.

De igual modo, a nova redação proposta suprime a preposição “desde” constante no texto tal aprovado na Câmara dos Deputados.

Trata-se, conforme antes explicitado pelo autor, de providência que objetiva dar precisão ao texto de modo a tornar inequívoco que a atividade de docente dos profissionais de Estética e Cosmetólogo deve observar às leis e normas regulamentadoras da atividade de docência.

A emenda proposta contém algumas imprecisões. Uma delas é que se refere ao ensino de disciplinas específicas da **profissão** de Esteticistas e Cosmetólogo.



O termo “**profissão**” é inadequado, pois qualquer pessoa pode se interessar em frequentar “curso” a nível de graduação, ou mesmo técnico. Os estudantes frequentam cursos, que uma vez concluídos asseguram-lhe um diploma ou certificado que os habilita ao exercício da profissão, observados os requisitos legais para tanto.

Assim, informo que a emenda é acatada em parte, nos termos do disposto no inciso II do art. 5º do meu substitutivo, uma vez que houve uma inversão da numeração dos artigos 5º e 6º.

Ressalto que em cursos de formação desta natureza, é provável que professores da área química, médica, enfermagem, direito, sociologia, psicologia, línguas, e tantas outras, concorram para a formação técnica ou acadêmica de um bom profissional.

A Emenda nº 03-CAS, também da autoria do Senador Hélio José, sugere o acréscimo de um novo inciso III, ao art. 6º, renumerando-se os demais incisos desse mesmo artigo, para dispor que as disciplinas não específicas dos cursos a que se refere o inciso II poderão ser ministradas por profissionais graduados na área de saúde, inclusive por graduados em Estética e Cosmética, observadas às leis e normas regulamentadoras da atividade docente.

Argumenta o eminente autor que fazem parte da formação do profissional Esteticista e Cosmetólogo e de Técnico em Estética, disciplinas correlatas que irão fundamentar o conhecimento e práticas específicas da profissão, como anatomia, biologia, microbiologia, biofísica, entre outras. Estas poderiam ser ministradas por outros profissionais graduados na área de saúde, além dos graduados em Estética e Cosmética.

Como já aduzimos anteriormente, este PLC trata da regulamentação de profissão. A formação técnica e acadêmica é matéria que deve ser disciplinada pela legislação própria e pelos regulamentos expedidos pelo Ministério da Educação e pelas universidades.



Lembramos, que a autonomia universitária está consagrada no texto constitucional, em seu art. 207, *verbis*:

“Art. 207. As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”.

Assim, não compete ao Poder Legislativo invadir competência que não é dele, pois se trata de atribuição afeta ao Poder Executivo e às universidades dispor sobre as disciplinas que compõem um curso de graduação ou até mesmo um curso técnico de formação profissional.

Assim, mesmo respeitando a sugestão do autor, opinamos pela rejeição da Emenda nº 03-CAS.

Por fim, esclarecemos, que como se trata de um PLC já aprovado pela Câmara dos Deputados, qualquer alteração agora aprovada levará a um novo percurso legislativo naquela Casa, mas os profissionais envolvidos estão cientes disso e, inclusive, sugeriram alterações, agora incorporadas ao substitutivo.

III – VOTO

Em face do exposto, opinamos pela aprovação do PLC nº 77, de 2016; pela aprovação da Emenda nº 01; e aprovação parcial das Emendas nº 02 e pela rejeição da Emenda nº 03, nos termos da seguinte emenda substitutiva:



EMENDA Nº**PROJETO DE LEI DA CÂMARA (SUBSTITUTIVO) Nº 77, DE 2016**

Regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Estetacosmetólogo, e de Técnico em Estética.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta o exercício das profissões de Esteticista, que compreende o Estetacosmetólogo e o Técnico em Estética.

Parágrafo único. Essa lei não compreende as atividades em estética médica, nos termos definidos no art. 4º da Lei nº 12.842, de 2013.

Art. 2º O exercício das profissões de Estetocosmetólogo e de Técnico em Estética é livre em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 3º Considera-se Técnico em Estética o profissional habilitado em:

I - curso técnico com concentração em Estética, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil;

II - curso técnico com concentração em Estética, oferecido por escola estrangeira, com revalidação de certificado ou diploma pelo Brasil, em instituição devidamente reconhecida pelo Ministério da Educação.

Parágrafo único. O profissional que possua prévia formação técnica em estética, ou que comprove o exercício da profissão há pelo menos três anos, contados da data de entrada em vigor desta Lei, terá assegurado o direito ao exercício da profissão, na forma estabelecida em regulamento.



Art. 4º Considera-se Estetacosmetólogo o profissional:

I - graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil, devidamente reconhecida pelo Ministério da Educação;

II - graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por escola estrangeira, com diploma revalidado no Brasil, por instituição de ensino devidamente reconhecida pelo Ministério da Educação.

Art. 5º Compete ao Estetacosmetólogo, além das atribuições do art. 6º:

I - a responsabilidade técnica pelos centros de estética que executam e aplicam recursos estéticos, observado o disposto nesta Lei;

II - a direção, coordenação, supervisão e o ensino de disciplinas relativas a cursos que compreendam estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia, desde que observadas leis e as normas regulamentadoras da atividade docente;

III - a auditoria, consultoria e a assessoria sobre cosméticos e equipamentos específicos de estética com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

IV - a elaboração de informes, pareceres técnico-científicos, estudos, trabalhos e pesquisas mercadológicas ou experimentais relativos à Estética e à Cosmetologia, na sua área de atuação;

V - a elaboração do programa de atendimento ao cliente, observado o quadro apresentado, estabelecendo as técnicas a serem empregadas e a quantidade de aplicações necessárias;

VI - observar a prescrição médica apresentada pelo cliente, ou solicitar, após avaliação da situação, prévia prescrição médica ou fisioterapia.

Art. 6º Compete ao Técnico em Estética:

I - a execução de procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas, e equipamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

II - solicitar, quando julgar necessário, parecer de outro profissional que complemente a avaliação estética;

III - observar a prescrição médica ou fisioterapia apresentada pelo cliente, ou solicitar, após exame da situação, avaliação médica ou fisioterapia;



Art. 7º O Estetacosmetólogo e o Técnico em Estética no exercício das suas atividades e atribuições devem zelar:

I – por princípios éticos;

II - pela relação de transparência com o cliente, prestando-lhe o atendimento adequado, e lhe informando sobre técnicas, produtos utilizados, e orçamento dos serviços.

III - pela segurança dos clientes e demais pessoas envolvidas no atendimento, evitando exposição a riscos e potenciais danos;

Art. 8º O Estetacosmetólogo e o Técnico em Estética devem cumprir e fazer cumprir as normas relativas à biossegurança e à legislação sanitária.

Art. 9º O regulamento disporá sobre a fiscalização e a adequação do disposto nesta Lei.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



SF/17/171.69171-90

PLC 77/2016
00001

EMENDA Nº - CAS
(ao PLC nº 77, de 2016))

Acrescente-se ao artigo 1º, o parágrafo único:

Art. 1º

Parágrafo único. Essa lei não compreende as atividades em estética médica, nos termos definidos no art.4º da Lei n.º 12.842, de 2013.

JUSTIFICAÇÃO

O vernáculo “Estética” se refere a diversas áreas do saber como filosofia, arte, ética, lógica, beleza, saúde, dentre outros. Dentro da área médica se refere a procedimentos estéticos invasivos como aplicação toxina botulínica de preenchimentos, de peelings químicos de profundidade média e profunda e de procedimentos cirúrgicos com fins estéticos, dermoabrasão, laser ablativo, entre outros procedimentos que não compreendem, em nenhuma hipótese, o rol de atividades desenvolvidas pelos profissionais esteticistas. A Lei n.º12.842/2016, que trata do Ato Médico, estabelece em seu art.4º os atos que são privativos dos médicos. Desta maneira, a introdução do parágrafo único no Art. 1º deixa claro que o projeto ora em questão, não trata das atividades da estética médica, mas sim das atividades dos esteticistas graduados e técnicos, através de cursos avaliados, orientados e autorizados pelo Ministério da Educação.

Sala da Comissão,

Senador HÉLIO JOSÉ



PLC 77/2016
00002

EMENDA Nº - CAS
(ao PLC nº 77, de 2016))

Dê-se ao inciso II, do artigo 6º, a seguinte redação:

Art. 6º

II – a direção, a coordenação, a supervisão e o ensino de disciplinas específicas da profissão de Esteticistas e Cosmetólogo, em nível superior e de Técnico em Estética, observadas às leis e normas regulamentadoras da atividade docente.

JUSTIFICAÇÃO

A formação do profissional Esteticista e Cosmetólogo e de Técnico em Estética compreende vários saberes da área de saúde. A nova redação deste inciso se justifica à medida em que esclarece que as disciplinas específicas da profissão como a estética facial, corporal e capilar devem ser ministradas exclusivamente por docentes graduados na área de Estética e Cosmética.

De igual modo, a nova redação proposta suprime a preposição “desde” constante no texto tal aprovado na Câmara dos Deputados. Trata-se de providência que objetiva dar precisão ao texto de modo a tornar inequívoco que a atividade de docente dos profissionais de Estética e Cosmetólogo deve observar às leis e normas regulamentadoras da atividade de docência.

Sala da Comissão,

Senador HÉLIO JOSÉ



PLC 77/2016
00003

EMENDA Nº - CAS
(ao PLC nº 77, de 2016))

Acrescente-se novo inciso ao artigo 6º, que será o III, renumerando-se os demais incisos:

Art. 6º -.....

III - as disciplinas não específicas dos cursos a que se refere o inciso II poderão ser ministradas por profissionais graduados na área de saúde, inclusive por graduados em Estética e Cosmética, observadas às leis e normas regulamentadoras da atividade docente.

JUSTIFICAÇÃO

Fazem parte da formação do profissional Esteticista e Cosmetólogo e de Técnico em Estética, disciplinas correlatas que irão fundamentar o conhecimento e práticas específicas da profissão, como anatomia, biologia, microbiologia, biofísica, entre outras. Estas poderão ser ministradas por outros profissionais graduados na área de saúde, além dos graduados em Estética e Cosmética.

Sala da Comissão,

Senador HÉLIO JOSÉ





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 77, DE 2016

(nº 2.332/2015, na Câmara dos Deputados)

Regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética.

AUTORIA: Deputada Soraya Santos

DOCUMENTOS:

- [Texto do projeto de lei da Câmara](#)
- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1359767&filename=PL-2332-2015



[Página da matéria](#)

Regulamenta as profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta o exercício das profissões de Esteticista, que compreende o Esteticista e Cosmetólogo, e de Técnico em Estética.

Art. 2º O exercício da profissão de Esteticista é livre em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 3º Considera-se Técnico em Estética o profissional habilitado em:

I - curso técnico com concentração em Estética, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil;

II - curso técnico com concentração em Estética, oferecido por escola estrangeira, com declaração de equivalência ou revalidação de certificado ou diploma pelo Brasil.

Parágrafo único. Os profissionais que possuam formação em cursos livres e que estejam comprovadamente no exercício da profissão há pelo menos dois anos, contados da data de entrada em vigor desta Lei, terão assegurado o direito à continuidade de suas atividades.

Art. 4º Considera-se Esteticista e Cosmetólogo o profissional:

I - graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por instituição regular de ensino no Brasil;

II - graduado em curso de nível superior com concentração em Estética e Cosmética, ou equivalente, oferecido por escola estrangeira, com diploma revalidado no Brasil.

Art. 5º Compete ao Técnico em Estética:

I - a aplicação de procedimentos estéticos por meio de recursos terapêuticos manipulativos, energéticos e vibracionais e não farmacêuticos;

II - a execução de procedimentos estéticos faciais, corporais e capilares, utilizando como recursos de trabalho produtos cosméticos, técnicas e equipamentos específicos;

III - a elaboração do programa de atendimento ao cliente, de acordo com o quadro apresentado, estabelecendo as técnicas a serem empregadas e a quantidade de aplicações necessárias;

IV - a solicitação, quando julgar necessário, de parecer de outro profissional que complemente a avaliação estética.

Art. 6º Compete ao Esteticista e Cosmetólogo, além das atividades descritas no art. 5º:

I - a responsabilidade técnica pelos centros de estética que executam e aplicam recursos estéticos;

II - a direção, a coordenação, a supervisão e o ensino de disciplinas relativas a cursos que compreendam estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia, desde

que observadas as leis e normas regulamentadoras da atividade docente;

III - o treinamento institucional nas atividades de ensino e de pesquisa nas áreas de estudos com concentração em Estética ou Cosmetologia;

IV - a auditoria, a consultoria e a assessoria sobre cosméticos e equipamentos específicos de estética;

V - a elaboração de informes, de pareceres técnico-científicos, de estudos, de trabalhos e de pesquisas mercadológicas ou experimentais relativos à Estética e à Cosmetologia, na sua área de atuação.

Art. 7º O Esteticista, no exercício das suas atividades e atribuições, deve zelar:

I - pela conduta ética;

II - pela transparência em sua relação com o cliente, prestando-lhe contas e atendendo-o quanto às suas necessidades;

III - pela segurança dos clientes e demais envolvidos no procedimento aplicado, evitando exposição a riscos e potenciais danos.

Art. 8º O Esteticista deve cumprir e fazer cumprir as normas relativas à biossegurança e à legislação sanitária.

Art. 9º A relação estabelecida entre o cliente e o Esteticista gera uma obrigação de meio para o profissional, devendo utilizar os recursos mais adequados para atingir o objetivo em cada caso.

Art. 10. Regulamento disporá sobre a fiscalização do exercício da profissão de Esteticista.

Art. 11. Esta Lei não se aplica aos profissionais de embelezamento e higiene previstos na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO 5161.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, de novembro de 2016.

RODRIGO MAIA
Presidente

3



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 82, de 2017 (nº 3553/2015, na Casa de origem), do Deputado Valdir Colatto, que *dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância*.



Relator: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 82, de 2017 (PL nº 3.553, de 2015, na origem), de autoria do Deputado Valdir Colato.

O Projeto tem por escopo a regulamentação do exercício profissional do condutor de ambulância, estabelecendo as condições para esse exercício.

A matéria, ao ser recebida no Senado Federal, foi encaminhada à Comissão de Assuntos Sociais, onde fui designado relator. Até o presente momento não recebeu qualquer emenda.

II – ANÁLISE

Regimentalmente, é atribuída a esta CAS a competência para apreciar deliberar a respeito de matérias que versem sobre Direito do Trabalho (Regimento Interno do Senado Federal – RISF – art. 100, I). Adequada, portanto sua distribuição terminativa à Comissão.



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

O Direito do Trabalho – particularmente a regulamentação do exercício das profissões – é matéria tipicamente afeta à competência do Congresso Nacional, nos termos do art. 22, XVI e 48 da Constituição Federal. Particularmente, ressalte-se, trata-se de matéria cuja iniciativa pertence aos congressistas, inexistindo invasão de competência reservada a outro dos Poderes da União.

A matéria tem por objeto regulamentar o exercício da atividade de condutor de ambulância. Para tanto determina que o condutor deve ser:

Maior de 21 anos;

Possuidor, ao menos, de diploma de ensino médio;

Habilitado para condução de veículos na categoria D (condutor de veículo motorizado utilizado no transporte de passageiros, cuja lotação exceda a oito lugares, excluído o do motorista) ou E (condutor de combinação de veículos em que a unidade tratora se enquadre nas categorias B, C ou D e cuja unidade acoplada, reboque, semirreboque, trailer ou articulada tenha 6.000 kg (seis mil quilogramas) ou mais de peso bruto total, ou cuja lotação exceda a 8 (oito) lugares);

Demonstrar haver recebido o treinamento especializado e reciclagem em cursos específicos a cada 5 (cinco) anos, conforme estabelecido no art. 145-A da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro)

A matéria se insere na forte corrente legislativa dos projetos de Lei de regulamentação das profissões e do exercício profissional, decorrente do anseio social generalizado pelo reconhecimento da Legislação das mais diversas profissões e ofícios – para fins de classificação estatística e fins previdenciários, sobretudo.



SF/17941.91596-68



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

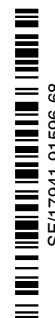
Nesse sentido, é sempre importante verificar, em projetos dessa natureza, se seu texto não traz elementos contrários ao direito ou ao interesse social, presentes, sobretudo, em disposições que estabeleçam indevida reserva de mercado ou que criem embaraços ao ingresso de interessados em exercer a profissão ou, ainda, que onerem de forma descabida os profissionais que a exercem ou o erário.

O presente projeto não contém, em nossa opinião, disposições desse tipo, tratando-se, antes, de uma adequada e justa regulamentação de uma profissão muito importante e insuficientemente regulada, sobre a qual, inclusive, já nos debruçamos – em projeto de Lei que estenda a esses valorosos profissionais o direito à aposentadoria especial.

Assim, orientamo-nos pela aprovação do Projeto, ressalvando, contudo, que houvermos por bem oferecer duas emendas de redação, a fim de melhor conformá-lo aos cânones da redação legislativa.

A primeira diz respeito ao seu art. 1º, que se limita a parafrasear a ementa da proposição, em decorrência de interpretação excessivamente literal do art. 7º da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1995. Efetivamente, o art. 1º de uma Lei deve conter o objeto e o âmbito de aplicação de uma Lei, o que no caso, deve ser interpretado como sendo o comando principal dessa Lei, sendo desnecessária a reiteração da explicação de seu conteúdo – que já se acha na ementa.

A segunda diz respeito à redação do art. 3º que estabelece que é obrigatório o acompanhamento do condutor de ambulância nos atendimentos, o que pode gerar interpretação equívoca, dado que, a rigor, o motorista de ambulância não participa dos atendimentos. Assim, oferecemos emenda que torna mais clara a intenção do projeto.



SF/17941.91596-68



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela aprovação do PLC nº 82, de 2017, com as seguintes emendas:

Emenda nº - CAS

Suprima-se o art. 1º do PLC nº 82, de 2017, renumerando-se os subsequentes.

Emenda nº - CAS

Dê-se ao art. 3º do PLC nº 82, de 2017, a seguinte redação:

“**Art. 3º** Aplica-se o disposto no art. 2º a todo profissional que exerça, de forma constante, a condução de ambulância, ainda que acumule outra função, no âmbito de equipe de saúde”.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador PAULO PAIM



SF/17941.91596-68



SENADO FEDERAL
PROJETO DE LEI DA CÂMARA
Nº 82, DE 2017
(nº 3.553/2015, na Câmara dos Deputados)

Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância.

AUTORIA: Câmara dos Deputados

DOCUMENTOS:

- [Texto do projeto de lei da Câmara](#)
- [Legislação citada](#)
- [Projeto original](#)

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1409572&filename=PL-3553-2015



[Página da matéria](#)

Dispõe sobre o exercício da atividade de condutor de ambulância.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A atividade de condutor de ambulância rege-se por esta Lei.

Art. 2º Para o exercício da atividade, os condutores de ambulância devem atender os seguintes requisitos:

I - ser maior de vinte e um anos;

II - ter concluído o ensino médio;

III - ser portador de Carteira Nacional de Habilitação (CNH) categoria D ou E;

IV - ter recebido o treinamento especializado, nos termos do art. 145-A da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro).

Art. 3º É obrigatório o acompanhamento do condutor de ambulância nos atendimentos, indistintamente da equipe de saúde.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, de agosto de 2017.

RODRIGO MAIA
Presidente

LEGISLAÇÃO CITADA

- Lei nº 9.503, de 23 de Setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro - 9503/97

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1997;9503>

- artigo 145-

4



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

PARECER N° , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 274, de 2012 – Complementar, do Senador Pedro Taques, que *regulamenta o inciso I do artigo 7º da Constituição Federal, que dispõe sobre a proteção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.*



Relator: Senador **JOSÉ PIMENTEL**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 274, de 2012 – Complementar, de autoria do Senador Pedro Taques, que tem por objeto a regulamentação do art. 7º, I, da Constituição Federal, com a regulamentação da proteção do emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.

O Projeto compõe-se de oito artigos. O art. 1º consiste em reiteração da ementa, reservando-se o primeiro dispositivo legal propriamente dito para o art. 2º que determina se considerar arbitrária ou sem justa causa toda despedida que não se fundamente em:

a) falta grave, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n° 5.452, de 1º de maio de 1943, ou;

b) motivo econômico e financeiro relevante.

Nos termos do projeto, consideram-se motivos econômicos e financeiros relevantes, de forma cumulativa:



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

I – aqueles decorrentes da necessidade de desativação parcial do processo produtivo da empresa para preservar sua sobrevivência; e

II – aqueles que justifiquem exclusivamente as despedidas coletivas, assim consideradas as efetivadas simultaneamente e envolvendo, pelo menos, mais de um trabalhador.

O art. 2º determina, ainda, que o critério de seleção dos empregados a serem dispensados deve ser necessariamente negociado entre empregador e sindicato da categoria profissional ou definido por árbitro, se impossível o acordo.

Determina, ainda, que nova vaga de trabalho deve ser oferecida aos empregados dispensados sem justa causa, sendo vedada admissão de novo empregado sem tal oferta.

O art. 3º garante ao empregado dispensado sem justa causa:

I – a sua reintegração ao emprego e o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento; ou

II – pagamento de verbas indenizatórias com valor equivalente a um mês e meio de salário, para cada ano trabalhado, ou fração superior a seis meses de serviço prestado, o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento e a manutenção do auxílio-alimentação, vale-transporte, auxílio-creche, bem como plano de assistência médica, até que encontre novo emprego, por um período de, no mínimo, seis meses; e

III – o levantamento dos valores relativos ao saldo dos depósitos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

Inclui, ainda, regras especiais para diaristas, tarefeiros e trabalhadores que recebam por comissão. O descumprimento das disposições desse artigo acarretará as sanções estabelecidas no art. 4º.

O projeto faculta ao empregado reintegrado optar pela rescisão do contrato em até sessenta dias de sua reintegração, recebendo a correspondente indenização (art. 5º).





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

O art. 6º, por seu turno, estabelece regras especiais para os estabelecimentos que contem com menos de cinco empregados e, finalmente, o art. 7º exclui os domésticos da abrangência da Lei.

Entre 2012 e 2015, o PLS tramitou conjuntamente com o PLS nº 232 – Complementar, de 2012, até que, com o arquivamento dessa proposição, passou a tramitar isoladamente.

A matéria não recebeu, até o presente momento, quaisquer emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal, à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) compete opinar sobre relações de trabalho, sendo adequada, portanto, do ponto de vista regimental, a presente análise.

Não se verifica vício de iniciativa ou conflito com norma constitucional capaz de obstar o prosseguimento regular da matéria.

A Constitucionalidade formal da proposição foi respeitada, pois observados os arts. 22, inciso I; o *caput* do art. 48 da Constituição Federal, e não foi vulnerado o art. 61 da CF, o que põe a matéria no campo de competência do Congresso Nacional, tanto no tocante à sua iniciativa quanto à sua apreciação.

A natureza da matéria – Projeto de Lei Complementar – segue adequadamente as disposições do art. 7º, I, da Constituição, quanto à forma e conteúdo.

Trata-se, no mérito, de regulamentação de preceito constitucional cuja necessidade – mormente no presente momento – é tanto fundamental quanto imprescindível.

O Constituinte de 1988, como modelador da vontade geral da população brasileira, consubstanciada na Constituição democrática, erigiu o





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

valor social do trabalho como um dos elementos fundadores máximos do Brasil.

Por esse motivo, optou por dar uma proteção inequívoca e decisiva ao contrato de trabalho – forma preferencial de relação de prestação de serviço.

Para tanto, definiu que a relação de emprego seria protegida contra a despedida imotivada ou sem justa causa, estabelecendo, ainda que essa proteção se daria na forma de Lei Complementar que, malgrado os vinte e oito anos decorridos desde a promulgação da Constituição, não foi ainda adotada.

O Projeto ora em exame busca, justamente, sanar essa lamentável lacuna legislativa e o faz, entendemos, com grande mérito.

O ex-Senador Pedro Taques busca estabelecer um marco normativo definitivo para o tema e, para tanto, fixa os critérios de licitude da dispensa do trabalhador, quais sejam, as hipóteses de justa causa já discriminadas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e os motivos econômicos e financeiros relevantes, quais sejam, aqueles fundados em necessidades reais do empregador que imponham a necessidade de dispensar parte de sua mão de obra, para garantir a preservação da empresa.

Para tanto, estabelece procedimento de caracterização desses motivos, que passam pela seleção de demitidos por meio de negociação coletiva ou de arbitragem.

Estabelece, ademais, que é atribuição do empregador comprovar os motivos alegados e veda a admissão de outro empregado antes que seja efetivada a readmissão do empregado dispensado sem justa causa, que, em princípio, deve ser realizada sempre que for apurada a inexistência de falta grave ou de motivo relevante.

Além disso, como dissemos, cumpre o mandamento constitucional e estabelece indenização compensatória expressiva para os



SF/17907.69641-26



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

casos em que não for possível – ou desejada pelo empregado – a sua readmissão.

Além disso, por questão de equidade, estabelece regras distintas e menos restritivas para os pequenos empregadores e afasta sua aplicabilidade para os empregadores domésticos, em razão da capacidade econômica menor desses, tanto de uns quanto de outros.

A liberdade econômica do empregador não pode ser confundida com a liberdade de dispor, como bem o entender, do emprego de seus trabalhadores.

A natureza social da propriedade privada tem, como corolário, a obrigação de preservar ao máximo as condições sociais dos trabalhadores, protegendo-os do risco da atividade econômica.

O empregador não pode dispor da capacidade de lançar, a seu talento, seus empregados no desemprego e nas incertezas e privações que o acompanham.

Em um tempo em que as conquistas históricas dos trabalhadores brasileiros se encontram sob ameaça, julgamos essencial adotar medidas que protejam o emprego e o trabalhador e que, em decorrência, deem um passo importantíssimo para a consecução do Estado Social que o povo brasileiro desejava em 1988 e continua a desejar agora.

Sugerimos unicamente emenda que suprime o art. 1º que, em nosso entendimento, se afigura desnecessário, dado que se limita a repetir a ementa, caracterizando-se assim, aplicação excessivamente literal do art. 7º da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998.

Efetivamente, entendemos que o referido dispositivo se destina a assegurar que o comando mais expressivo de uma Lei seja contemplado logo em seu começo e não que esse primeiro artigo se destine, unicamente, a explicar o objeto da norma, pois, para isso, já existe a ementa.





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador JOSÉ PIMENTEL

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela aprovação do PLS nº 274, de 2012 – Complementar, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº - CAS

Suprima-se o art. 1º do PLS nº 274, de 2012, renumerando-se os subsequentes.

Sala da Comissão, de de 2017.

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL
Comissão de Assuntos Sociais

VOTO EM SEPARADO

Perante a COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 274, de 2012 – Complementar, do Senador Pedro Taques, que *regulamenta o inciso I do artigo 7º da Constituição Federal, que dispõe sobre a proteção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.*



I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado nº 274, de 2012 – Complementar, tem por objetivo a regulamentação do art. 7º, I, da Constituição, quanto à proteção da relação de emprego contra a despedida imotivada ou sem justa causa.

A matéria já foi sumariada pelo Relator nesta Comissão de Assuntos Sociais, pelo que, com nossas homenagens, reproduzimos seu relatório:

“Vem a exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 274, de 2012 – Complementar, de autoria do Senador Pedro Taques, que tem por objeto a regulamentação do art. 7º, I, da Constituição Federal, com a regulamentação da proteção do emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.

O Projeto compõe-se de oito artigos. O art. 1º consiste em reiteração da ementa, reservando-se o primeiro dispositivo legal propriamente dito para o art. 2º que determina se considerar arbitrária ou sem justa causa toda despedida que não se fundamente em:

a) falta grave, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, ou;

b) motivo econômico e financeiro relevante.

Nos termos do projeto, consideram-se motivos econômicos e financeiros relevantes, de forma cumulativa:

I – aqueles decorrentes da necessidade de desativação parcial do processo produtivo da empresa para preservar sua sobrevivência; e

II – aqueles que justifiquem exclusivamente as despedidas coletivas, assim consideradas as efetivadas simultaneamente e envolvendo, pelo menos, mais de um trabalhador.

O art. 2º determina, ainda, que o critério de seleção dos empregados a serem dispensados deve ser necessariamente negociado entre empregador e sindicato da categoria profissional ou definido por árbitro, se impossível o acordo.

Determina, ainda, que nova vaga de trabalho deve ser oferecida aos empregados dispensados sem justa causa, sendo vedada admissão de novo empregado sem tal oferta.

O art. 3º garante ao empregado dispensado sem justa causa:

I – a sua reintegração ao emprego e o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento; ou

II – pagamento de verbas indenizatórias com valor equivalente a um mês e meio de salário, para cada ano trabalhado, ou fração superior a seis meses de serviço prestado, o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento e a manutenção do auxílio-alimentação, vale-transporte, auxílio-creche, bem como plano de assistência médica, até que encontre novo emprego, por um período de, no mínimo, seis meses; e

III – o levantamento dos valores relativos ao saldo dos depósitos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

Inclui, ainda, regras especiais para diaristas, tarefeiros e trabalhadores que recebam por comissão. O descumprimento das disposições desse artigo acarretará as sanções estabelecidas no art. 4º.

O projeto faculta ao empregado reintegrado optar pela rescisão do contrato em até sessenta dias de sua reintegração, recebendo a correspondente indenização (art. 5º).

O art. 6º, por seu turno, estabelece regras especiais para os estabelecimentos que contem com menos de cinco empregados e, finalmente, o art. 7º exclui os domésticos da abrangência da Lei.

Entre 2012 e 2015, o PLS tramitou conjuntamente com o PLS nº 232 – Complementar, de 2012, até que, com o arquivamento dessa proposição, passou a tramitar isoladamente”.



O Relator apresenta uma emenda de redação, sendo esta a única apresentada até o momento.

II – ANÁLISE

Pertence a esta Comissão, com fundamento no art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal, a competência para apreciar matérias que, como o caso, versem sobre relações de trabalho.

A Constitucionalidade da proposição está presente, pois observados os arts. 22, inciso XXIII, e o *caput* do art. 48 da Constituição Federal, que põem a matéria no campo de competência do Congresso Nacional, tanto no tocante à sua iniciativa quanto no tocante à sua apreciação.

Sem embargo das boas intenções do autor da proposta, entendemos que o projeto não alcançará os objetivos atingidos.

Essa constatação decorre dos princípios fundamentalmente errados que serviram de base para sua elaboração.

Com efeito, nos termos do projeto, a dispensa de trabalhador somente é justificada em caso de falta grave do trabalhador, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

Além disso, unicamente se admite como justificada a dispensa que se fundamente em necessidade de desativação parcial do processo produtivo da empresa, para preservar sua sobrevivência e que justifiquem exclusivamente despedidas coletivas.

Na prática, o projeto estatui uma estabilidade permanente no emprego, somente reversível em situações absolutamente extremas.

É uma ideia, em última análise, derivada da concepção já superada de que a relação de emprego é essencialmente uma relação de exploração e espoliação, na qual uma parte, o empregador, dada a extensão de sua hipersuficiência em relação ao trabalhador, sempre usará de sua



capacidade econômica para ampliar seus lucros em detrimento dos trabalhadores.

Restaria, portanto, à legislação a função de contrariar essa dita injustiça criando um aparato sempre crescente de normas que se oporiam à ação anti-trabalhista.

A rescisão contratual, nessa visão, seria sempre um ato de agressão contra o trabalhador.

No caso ora em exame, tratar-se-ia de fixar legislativamente que:

a) a rescisão do contrato de trabalho seria sempre e invariavelmente um ato intencionalmente lesivo por parte do empregador, em contrariedade a sua função social de empregar sempre mais e manter seus empregados em qualquer circunstância;

b) em decorrência, a dispensa somente se admitirá em caso de faltas graves do empregado ou em caso de iminente possibilidade de insolvência, com o risco de encerramento das atividades do empregador; e

c) nos demais casos, qualquer que seja a motivação, trata-se de estabelecer indenizações e sanções tão elevadas que tornariam tão custosa a rescisão contratual, que o empregador não lançaria mão dessa possibilidade.

Essa concepção atribui à proposta papel fundamental na consecução de uma política pública de emprego, uma vez que o desemprego é tido quase sempre como uma ação política de maximização de lucros, a proibição da dispensa, então, seja arbitrária, seja sem justa causa, eliminaria a possibilidade dessa ação, garantindo uma redução permanente do desemprego estrutural.

Essa concepção, com a devida vênia, ignora elementos fundamentais do contratualismo moderno e da ciência econômica.

Com efeito, ignora que as empresas e os países não se desenvolvem no vácuo, que o nível de emprego não depende apenas da



vontade política dos governantes e legisladores, mas da construção progressiva de instituições que, preservando um equilíbrio entre empregados e empregadores, permita manter a competitividade das empresas, base de todo o crescimento da economia e do nível de emprego.

O Projeto ignora que há causas estruturais, econômicas e tecnológicas que podem forçar a empresa a ter de modificar sua utilização da força de trabalho, sem que isso signifique que ela teria sua sobrevivência ameaçada de forma imediata.

Ignora, igualmente, que mesmo os países que adotam regras sobre a motivação da rescisão do contrato do trabalho não o fazem como um sucedâneo da estabilidade no emprego, mas como forma de garantir que a readequação obedeça alguns critérios – notadamente a intervenção de representação dos trabalhadores e dos órgãos da administração, o estabelecimento de critérios não discriminatórios para a seleção dos dispensados e a fixação dos valores de indenização.

A proposição ignora, mesmo, a própria experiência brasileira dos últimos anos, tal como indicada pela Constituição de 1988, que se orientou por manter relativa flexibilidade da rescisão complementada pela fixação de indenização, dentre outros direitos, que, em valores comparativos, é superior à média internacional.

Em vez disso, busca engessar a gestão de pessoal da empresa em nome de um almejado caráter protetivo, que ignora que a empresa incapaz de competir tende a caminhar, inexoravelmente, para a extinção; que a economia nacional incapaz de competir tende a penar com taxas insuficientes de crescimento econômico e que a rigidez excessiva não protege empregos, mas, em verdade, os ameaça.

A legislação atual poderia ser aperfeiçoada, no sentido de melhorar a comunicação entre empregadores, empregados, governo e sindicatos, mas isso a proposição não abrange, se atendo, apenas, a restringir as hipóteses de dispensa motivada, sem atentar adequadamente para as consequências negativas desse ato.

Em razão disso, entendemos que o projeto não pode subsistir.



III – VOTO

Do exposto, o voto é pela rejeição do PLS nº 274, de 2012 – Complementar.

Sala da Comissão,

Senador





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 274, DE 2012 (Complementar)

Regulamenta o inciso I do artigo 7º da Constituição Federal, que dispõe sobre a proteção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta a proteção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa, prevista no inciso I do artigo 7º da Constituição Federal.

Art. 2º Considera-se arbitrária ou sem justa causa toda a despedida que, comprovadamente, não se fundar na prática de falta grave, nos termos que dispõe o artigo 482 do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho, ou em motivos econômicos e financeiros relevantes.

§ 1º Constituem motivos econômicos e financeiros relevantes:

I - aqueles decorrentes da necessidade de desativação parcial do processo produtivo da empresa para preservar sua sobrevivência; e

II – aqueles que justifiquem exclusivamente as despedidas coletivas, assim consideradas as efetivadas simultaneamente e envolvendo, pelo menos, mais de um trabalhador.

2

§ 2º Em caso de reclamação à Justiça do Trabalho, cabe ao empregador comprovar a existência de qualquer dos motivos mencionados nos incisos I e II, sob pena de ter que reintegrar o empregado.

§ 3º Os critérios a serem usados na seleção dos empregados a serem dispensados serão obrigatoriamente decididos em negociação prévia entre o empregador e o sindicato da categoria profissional.

§ 4º Na impossibilidade de negociação, as partes elegerão árbitro.

§ 5º É vedada a admissão de novo empregado para as mesmas funções, sem que antes a vaga seja oferecida ao empregado demitido de forma arbitrária ou sem justa causa.

Art. 3º Comprovada judicialmente a inexistência de falta grave praticada pelo empregado ou de motivos econômicos e financeiros relevantes, ao empregado despedido de forma arbitrária ou sem justa causa são-lhe assegurados:

I - a sua reintegração ao emprego e o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento; ou

II – pagamento de verbas indenizatórias com valor equivalente a um mês e meio de salário, para cada ano trabalhado, ou fração superior a seis meses de serviço prestado, o pagamento dos salários e demais direitos devidos pelo período de afastamento e a manutenção do auxílio-alimentação, vale-transporte, auxílio-creche, bem como plano de assistência médica, até que encontre novo emprego, por um período de, no mínimo, seis meses; e

III – o levantamento dos valores relativos ao saldo dos depósitos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço.

§ 1º Se o salário for pago por dia, o cálculo da indenização terá por base trinta dias.

§ 2º Para os empregados que trabalhem por comissão ou que tenham direito a percentagens, a indenização será calculada pela média das comissões ou percentagens percebidas nos últimos doze meses de serviço.

§ 3º Para os empregados que trabalhem por tarefa ou serviço feito, a indenização será calculada na base média do tempo costumeiramente gasto pelo interessado para a realização de seu serviço, calculando-se o valor do que seria feito durante trinta dias.

Art. 4º O descumprimento do disposto nos incisos I e II do artigo 3º sujeita o empregador, conforme o caso:

3

I - ao pagamento em dobro das parcelas reconhecidas na sentença e dos salários até a efetiva reintegração; ou

II - de multa em favor do empregado, no valor de duas vezes o montante da indenização a que fizer jus.

Art. 5º Até sessenta dias após sua reintegração, o empregado poderá fazer opção pela rescisão do contrato de trabalho, sendo-lhe assegurado o pagamento da indenização prevista no inciso II do art. 3º.

Art. 6º Aos empregados em estabelecimentos com menos de cinco empregados, quando despedidos de forma arbitrária ou sem justa causa, são devidos o levantamento integral dos depósitos do FGTS e o pagamento de uma indenização equivalente a um mês de salário para cada ano ou fração superior a seis meses de serviço.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto no caput sujeita o empregador a uma multa em favor do empregado, no valor de duas vezes o montante da indenização a que fizer jus.

Art. 7º Esta Lei não se aplica ao empregado doméstico.

Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Decorridos quase 24 anos da Constituinte de 1988, não se regulamentou ainda as normas de proteção contra a despedida arbitrária ou sem justa causa, conforme previsto no inciso I do artigo 7º da Constituição Federal:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

No mundo inteiro, os sistemas jurídicos se preocupam em estabelecer medidas de proteção à relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa.

Em nosso Direito não podia ser diferente. A continuidade e a permanência da relação de emprego é uma das suas principais finalidades. Traduz a segurança aspirada por todo trabalhador, que é comprometida sempre que ele é despedido.

4

Por isso, estabelece a nossa Constituição Federal ser direito do trabalhador, além de outros que visem à melhoria de sua condição social, a proteção do Estado na manutenção da relação de emprego contra a despedida arbitrária ou sem justa causa que, nos termos da lei complementar, deverá estabelecer uma indenização pela despedida arbitrária ou sem justa causa e, assim, provê-lo de recursos até que encontre novo trabalho.

De acordo com a vontade do Constituinte de 1988, o trabalhador demitido de forma arbitrária ou sem justa causa passou a ter dois direitos distintos: o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) que deixa de ter qualquer caráter indenizatório da despedida arbitrária ou sem justa causa e, outro, denominado indenização compensatória, cujas regras estamos definindo.

Vale lembrar que a essa indenização cumpre também a finalidade de outorgar ao trabalhador o direito à segurança no emprego. Não é demais enfatizar que o peso representado pelas condenações pecuniárias sobre um estabelecimento que visa principalmente ao lucro, o ônus da indenização imposto ao empregador é, sem dúvida alguma, um fator preponderante de estabilidade para o empregado (Cfr. *Celso Ribeiro Bastos, Comentários à Constituição do Brasil, pp 410-411 e 412*).

Nesse contexto, nossa iniciativa procura proporcionar ao trabalhador um instrumento de estabilidade no emprego sem, no entanto, abrir mão do direito que tem o empregador de administrar racionalmente o quadro de seus funcionários.

Pelas razões expostas, e diante do indiscutível alcance social desta nossa iniciativa, esperamos contar com o apoio de todos os membros do Congresso Nacional para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões,

Senador **PEDRO TAQUES**

5
LEGISLAÇÃO CITADA

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

(...)

**CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS**

~~Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.~~

~~Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000)~~

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010)

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

6

IV - salário mínimo , fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;

VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;

VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;

XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;

~~XII - salário-família para os seus dependentes;~~

XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; (vide Decreto-Lei nº 5.452, de 1943)

XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;

XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal; (Vide Del 5.452, art. 59 § 1º)

XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

7

XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXIV - aposentadoria;

~~XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas;~~

XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)

XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;

XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;

XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;

~~XXIX - ação, quanto a créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de:~~

XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho;(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 25/05/2000)

~~a) cinco anos para o trabalhador urbano, até o limite de dois anos após a extinção do contrato;~~

~~b) até dois anos após a extinção do contrato, para o trabalhador rural; (Revogado pela Emenda Constitucional nº 28, de 25/05/2000)~~

8

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;

~~XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo na condição de aprendiz;~~

XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Parágrafo único. São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos nos incisos IV, VI, VIII, XV, XVII, XVIII, XIX, XXI e XXIV, bem como a sua integração à previdência social.

(...)

(À Comissão de Assuntos Sociais)

Publicado no **DSF**, em 18/07/2012.

LEGISLAÇÃO CITADA

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

(...)

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

~~Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.~~

~~Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.~~ [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000\)](#)

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010\)](#)

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;

II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;

III - fundo de garantia do tempo de serviço;

IV - salário mínimo , fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

V - piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho;

VI - irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo;

VII - garantia de salário, nunca inferior ao mínimo, para os que percebem remuneração variável;

VIII - décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;

IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;

X - proteção do salário na forma da lei, constituindo crime sua retenção dolosa;

XI - participação nos lucros, ou resultados, desvinculada da remuneração, e, excepcionalmente, participação na gestão da empresa, conforme definido em lei;

~~XII - salário-família para os seus dependentes;~~

XII - salário-família pago em razão do dependente do trabalhador de baixa renda nos termos da lei; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\)](#)

XIII - duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; [\(vide Decreto-Lei nº 5.452, de 1943\)](#)

XIV - jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva;

XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

XVI - remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal; ([Vide Del 5.452, art. 59 § 1º](#))

XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei;

XX - proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei;

XXI - aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXIV - aposentadoria;

~~XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas;~~

XXV - assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas; ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006](#))

XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho;

XXVII - proteção em face da automação, na forma da lei;

XXVIII - seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que este está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa;

~~XXIX - ação, quanto a créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de:~~

XXIX - ação, quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho, com prazo prescricional de cinco anos para os trabalhadores urbanos e rurais, até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 28, de 25/05/2000\)](#)

~~a) cinco anos para o trabalhador urbano, até o limite de dois anos após a extinção do contrato;~~

~~b) até dois anos após a extinção do contrato, para o trabalhador rural;~~
[\(Revogado pela Emenda Constitucional nº 28, de 25/05/2000\)](#)

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil;

XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência;

XXXII - proibição de distinção entre trabalho manual, técnico e intelectual ou entre os profissionais respectivos;

~~XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salvo na condição de aprendiz;~~

XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998\)](#)

XXXIV - igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso.

Parágrafo único. São assegurados à categoria dos trabalhadores domésticos os direitos previstos nos incisos IV, VI, VIII, XV, XVII, XVIII, XIX, XXI e XXIV, bem como a sua integração à previdência social.

(...)

5



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 73, de 2011 (PL nº 5.323, de 2009, na origem), do Deputado Carlos Bezerra, que *altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial.*

RELATOR: Senador **HUMBERTO COSTA**

I – RELATÓRIO

Trata-se do Projeto de Lei da Câmara nº 73, de 2011 (PL nº 5.323, de 2009, na origem), da autoria do Deputado Carlos Bezerra, que *altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial.*

Em suma, o projeto destina-se a modificar a atual regra de que cabe à parte interessada o custeio dos honorários do intérprete nomeado pelo juiz para traduzir o depoimento das partes e de testemunhas que foi feito em língua estrangeira ou, no caso de surdo-mudo ou de mudo, em linguagem de sinais. A proposição entende que esse custeio deve pesar sobre os ombros da parte sucumbente, salvo se for beneficiária da justiça gratuita.

O projeto foi inicialmente distribuído para a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania – CCJ, que opinou pela aprovação da matéria. Veio, então, a esta Comissão de Assuntos Sociais, para decisão terminativa.



SF17657.92258-90



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

Não há emendas ofertadas por nenhum dos nobres parlamentares.

II – ANÁLISE

À luz do art. 100, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, é da incumbência da CAS tratar de questões relativas a relações de trabalho, o que justifica o exame da matéria.

Não há nenhuma inconstitucionalidade formal, porque, além de o processo legislativo estar sendo devidamente observado, a proposição – por versar sobre direito do trabalho – se encaixa na competência privativa da União (art. 22, inciso I, da Constituição Federal) e pode nascer de iniciativa parlamentar (art. 48 da Constituição).

Igualmente inexistente qualquer traço de inconstitucionalidade material, diante da sintonia da proposição com as regras e princípios constitucionais.

No mérito, a proposição é irrepreensível e merece aplausos, na medida em que corrige uma injustiça flagrante. É realmente absurdo que o trabalhador, ao necessitar do depoimento de uma testemunha estrangeira, tenha de pagar os honorários do intérprete judicial, quando ele triunfar no processo trabalhista.

Diante da notável sensibilidade de justiça e do espírito social que reveste a matéria, não há outro caminho senão aplaudir a proposição.

III – VOTO

Somos, pois, pela **aprovação** do Projeto de Lei da Câmara nº 73, de 2011.



SF17657.92258-90



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

Sala da Comissão, em de setembro de 2017.

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 73, DE 2011

(nº 5.323/2009, na Casa de origem, do Deputado Carlos Bezerra)

Altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 819.

.....

§ 2º As despesas decorrentes do disposto neste artigo correrão por conta da parte sucumbente, salvo se beneficiária de justiça gratuita.”(NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PROJETO DE LEI ORIGINAL Nº 5.323, DE 2009

Altera o art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para disciplinar a atividade do intérprete de testemunha perante a Justiça do Trabalho;

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Artigo 819, da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 819.

.....

§2º. O intérprete convocado pelo Juiz presta serviço obrigatório e gratuito, de extrema relevância para o funcionamento e administração da Justiça.

§3º. O comparecimento do intérprete em Juízo devidamente atestado pela Secretaria da Vara do Trabalho é considerado como hipótese de falta justificada ao serviço. ” (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A intermediação de intérpretes para a colheita de depoimento das partes e testemunhas perante a Justiça é algo essencial. Pessoas que não sabem falar a língua nacional e portadores de deficiência física que demande o uso de tais serviços necessitam ser entendidos para a boa administração da Justiça.

A sistemática vigente impõe o ônus de tal atividade essencial ao interessado no depoimento. A solução que parece lógica é na verdade simplista e dificulta o acesso à justiça, aumenta o nível de beligerância social.

Nossa proposta é a de reconhecer a atividade como de interesse nacional e dar tratamento similar aos intérpretes com aquele que é dado nos casos de pessoa obrigada a comparecer perante o serviço militar obrigatório ou ao serviço eleitoral por convocação.

Como a convocação pressupõe o comparecimento, nada mais justo do que não onerar em demasia o convocado com o serviço à Justiça e as consequências do não comparecimento ao trabalho. Por isso entendemos que esta convocação é hipótese de falta justificada.

Com esse espírito e por estas razões, temos a certeza de contar com o apoio dos ilustres Deputados e Deputadas para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 02 de junho de 2009.

Deputado CARLOS BEZERRA

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA SECRETARIA-GERAL DA MESA

DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943

Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

.....
Art. 819 - O depoimento das partes e testemunhas que não souberem falar a língua nacional será feito por meio de intérprete nomeado pelo juiz ou presidente.

.....
§ 2º - Em ambos os casos de que este artigo trata, as despesas correrão por conta da parte a que interessar o depoimento.

.....
(Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; e de Assuntos Sociais, cabendo à última a decisão terminativa)

Publicado no DSF, de 06/09/2011.



SENADO FEDERAL

PARECER (SF) Nº 86, DE 2017

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o processo Projeto de Lei da Câmara nº73, de 2011, que Altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial. .

PRESIDENTE: Senador Edison Lobão

RELATOR: Senador Humberto Costa

23 de Agosto de 2017



PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 73, de 2011 (PL nº 5.323, de 2009, na origem), do Deputado Carlos Bezerra, que *altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial.*



RELATOR: Senador **HUMBERTO COSTA**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei da Câmara nº 73, de 2011 (PL nº 5.323, de 2009, na origem), que *altera o § 2º do art. 819 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o pagamento dos honorários de intérprete judicial*, é da autoria do Deputado Carlos Bezerra.

A proposição foi despachada à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e, em caráter terminativo, à Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

O que se pretende com esta proposição é assegurar que as despesas com tradução e interpretação de língua estrangeira, necessárias à colheita do depoimento das partes ou das testemunhas, seja arcada pela parte sucumbente, exceto os casos de deferimento judicial do benefício de assistência judiciária gratuita.

Pela regra atual contida na CLT, as despesas com este serviço são atribuição da parte requerente.

Até a presente data, não foi registrada a apresentação de emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 101, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CCJ oferecer parecer sobre o presente projeto de lei.

A proposição versa sobre matéria afeta ao direito do trabalho prevista no art. 22, I, da Constituição Federal, que atribui à União competência privativa para legislar sobre a matéria.

Além disso, por não se tratar de matéria cuja iniciativa seja privativa do Presidente da República, do Procurador-Geral da República e dos Tribunais Superiores, aos parlamentares é facultado iniciar o processo legislativo sobre o tema, nos termos do art. 48 da Carta Magna.

Note-se, ainda, que a proposição está em conformidade com as regras estabelecidas na Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, especialmente no que se refere ao art. 12, III.

No que se refere ao aspecto constitucional, jurídico e de boa técnica legislativa, não existem óbices que possam embaraçar a tramitação da matéria e a sua consequente aprovação.

Em relação ao mérito da proposição, já discutida exaustivamente na Câmara dos Deputados e aprimorada na sua redação final, fica claro que o objetivo maior perseguido é uma readequação legislativa da regra processual trabalhista para que a parte não seja prejudicada no seu depoimento e, da mesma forma, das testemunhas por ela arroladas.

Nesse sentido, a dificuldade de domínio da língua nacional por qualquer dos partícipes processuais continuará sendo suprida por intérprete de língua estrangeira nomeado pelo Juiz do Trabalho, assegurando-se, desta forma, o princípio da ampla defesa e devido processo legal.



No que tange às demais questões de mérito, caberá à CAS manifestar-se em caráter terminativo.

III. VOTO

Em face do exposto, opinamos pela **aprovação** do Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 73, de 2011.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





Relatório de Registro de Presença
CCJ, 23/08/2017 às 10h - 34ª, Ordinária
 Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

Maioria (PMDB) (PMDB, PSD)		
TITULARES		SUPLENTES
JADER BARBALHO	PRESENTE	1. ROBERTO REQUIÃO
EDISON LOBÃO	PRESENTE	2. ROMERO JUCÁ
EDUARDO BRAGA		3. RENAN CALHEIROS
SIMONE TEBET	PRESENTE	4. GARIBALDI ALVES FILHO
VALDIR RAUPP	PRESENTE	5. WALDEMIR MOKA
MARTA SUPLICY	PRESENTE	6. ROSE DE FREITAS
JOSÉ MARANHÃO	PRESENTE	7. HÉLIO JOSÉ

Bloco Parlamentar da Resistência Democrática (PDT, PT)		
TITULARES		SUPLENTES
JORGE VIANA	PRESENTE	1. HUMBERTO COSTA
JOSÉ PIMENTEL	PRESENTE	2. LINDBERGH FARIAS
FÁTIMA BEZERRA	PRESENTE	3. REGINA SOUSA
GLEISI HOFFMANN	PRESENTE	4. PAULO ROCHA
PAULO PAIM	PRESENTE	5. ÂNGELA PORTELA
ACIR GURGACZ	PRESENTE	6. VAGO

Bloco Social Democrata (PSDB, DEM)		
TITULARES		SUPLENTES
AÉCIO NEVES	PRESENTE	1. RICARDO FERRAÇO
ANTONIO ANASTASIA	PRESENTE	2. CÁSSIO CUNHA LIMA
FLEXA RIBEIRO	PRESENTE	3. EDUARDO AMORIM
RONALDO CAIADO	PRESENTE	4. DAVI ALCOLUMBRE
MARIA DO CARMO ALVES	PRESENTE	5. JOSÉ SERRA

Bloco Parlamentar Democracia Progressista (PP, PSD)		
TITULARES		SUPLENTES
LASIER MARTINS	PRESENTE	1. IVO CASSOL
BENEDITO DE LIRA	PRESENTE	2. ANA AMÉLIA
WILDER MORAIS	PRESENTE	3. SÉRGIO PETECÃO

Bloco Parlamentar Socialismo e Democracia (PPS, PSB, PCdoB, PSOL)		
TITULARES		SUPLENTES
ANTONIO CARLOS VALADARES	PRESENTE	1. ROBERTO ROCHA
LÍDICE DA MATA	PRESENTE	2. JOÃO CAPIBERIBE
RANDOLFE RODRIGUES		3. VANESSA GRAZZIOTIN

Bloco Moderador (PTB, PSC, PRB, PR)		
TITULARES		SUPLENTES
ARMANDO MONTEIRO	PRESENTE	1. CIDINHO SANTOS
EDUARDO LOPES	PRESENTE	2. VICENTINHO ALVES
MAGNO MALTA		3. FERNANDO COLLOR



Relatório de Registro de Presença

Não Membros Presentes

TELMÁRIO MOTA
RAIMUNDO LIRA
DÁRIO BERGER
ATAÍDES OLIVEIRA

DECISÃO DA COMISSÃO**(PLC 73/2011)**

NA 34ª REUNIÃO ORDINÁRIA, REALIZADA NESTA DATA, A COMISSÃO APROVA O RELATÓRIO DO SENADOR HUMBERTO COSTA QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CCJ FAVORÁVEL AO PROJETO.

23 de Agosto de 2017

Senador EDISON LOBÃO

Presidente da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania

6

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 185, de 2014, do Senador Clésio Andrade, que *dispõe sobre o exercício da profissão de Gestor de Serviços de Saúde e dá outras providências.*



Relator: Senador **VALDIR RAUPP**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão de Assuntos Sociais, o Projeto de Lei do Senado nº 185, de 2014, de autoria do Senador Clésio Andrade, que *dispõe sobre o exercício da profissão de Gestor de Serviços de Saúde e dá outras providências.*

Resumidamente, a proposta define a quem é facultado o exercício dessa profissão, relaciona as atividades principais desses profissionais e remete à regulamentação a possibilidade de prever a emissão de documento profissional.

Ao justificar sua iniciativa, o autor afirma que a saúde, no Brasil, é considerada custosa e ineficiente e isso está em conformidade com uma situação real em que faltam médicos e a gestão e administração do sistema está repleta de problemas e de denúncias de corrupção.

Em defesa da proposta há registro, também, de que é necessária uma visão sistêmica e objetiva do problema da saúde e, nesse sentido, a presença dos gestores em serviços de saúde, no ambiente profissional, pode promover melhorias substanciais na área de atendimento e de administração, liberando outros profissionais da saúde para o exercício de suas competências específicas.

Ainda, assevera que a proposição não estabelece reserva de mercado, mas, contrariamente, destina-se a regulamentar uma lacuna legislativa, sem ocupar o espaço de qualquer profissional existente.

No prazo regimental, não foram apresentadas quaisquer emendas ao projeto.

II – ANÁLISE

O tema em análise, reconhecimento legal da profissão de gestor de serviços de saúde e exigências para o exercício dessa atividade, inclui-se na área específica das regulamentações profissionais. Pertence ao campo do Direito do Trabalho e se inclui entre aquelas de iniciativa comum, prevista no art. 61 da Constituição Federal.

A competência para legislar sobre o assunto é do Congresso Nacional, nos termos do art. 48 da mesma Carta. Está, ainda, relacionada entre os tópicos destinados ao exame desta CAS, na forma do inciso I do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal.

Quanto aos aspectos relativos à iniciativa e à competência para legislar, portanto, não há impedimentos formais constitucionais. Tampouco identificamos aspectos jurídicos ou regimentais que obstem a aprovação da matéria. Ela está, em consequência, apta a fazer parte de nosso ordenamento jurídico.

No mérito, contudo, entendemos que – sem qualquer desvalor dos profissionais em questão – o projeto não merece acolhida.

A Constituição, em seu art. 5º, inciso XIII, dispõe que é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, desde que atendidas exigências estabelecidas em lei. Esse dispositivo constitucional reflete o entendimento de que deve ser observada a autonomia individual para o desempenho de toda e qualquer atividade profissional.

Ora, dado que é livre a escolha da profissão, qualquer restrição somente pode ser aplicada quanto às condições de exercício da profissão, ou seja, quanto aos requisitos necessários àquele exercício. Tais restrições somente podem existir em decorrência de inafastável interesse público – ou seja, por razões de segurança ou de saúde pública ou, ainda, no caso de



SF/17986.75849-78

profissões cujo exercício seja particularmente sensível no que toca à segurança jurídica ou econômica da população.

Esse não parece ser o caso dos gestores de serviço de saúde, que embora profissão útil – como todas as profissões – não nos parece revestida das características sociais que acima descrevemos.

Além disso, a gestão de serviços de saúde é um campo de atuação eminentemente multiprofissional, composto por profissionais oriundos das mais diversas áreas do conhecimento. Apesar de existirem, atualmente, até mesmo alguns poucos cursos superiores de formação superior nessa área, além de cursos de especialização e programas de mestrado e doutorado, a capacitação do gestor de serviços de saúde ainda ocorre principalmente em serviço. Trata-se de um campo do saber cuja sistematização é recente e incompleta, que ainda busca sua identidade própria.

Finalmente, a excessiva regulamentação das profissões arrisca criar uma burocracia desnecessária e propiciar uma reserva de mercado, em detrimento da sociedade e do Estado, que perdem em termos de flexibilidade e adequação do mercado de trabalho.

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela rejeição do PLS nº 185, de 2014.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17986.75849-78



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO

Nº 185, DE 2014

Dispõe sobre o exercício da profissão de Gestor de Serviços de Saúde e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O exercício da profissão de Gestor de Serviços de Saúde é facultado aos portadores de diploma:

I – de bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde, emitidos por estabelecimentos de ensino superior, oficiais ou reconhecidos;

II – de bacharelado ou equivalente em curso similar no exterior, após a revalidação e registro do diploma nos órgãos competentes, bem como aos que tenham este exercício amparado por convênios internacionais de intercâmbio;

III – de pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, emitidos por estabelecimentos de ensino superior, oficiais ou reconhecidos;

IV – de pós-graduação em curso similar no exterior, após a revalidação e registro do diploma nos órgãos competentes, bem como aos que tenham este exercício amparado por convênios internacionais de intercâmbio.

Parágrafo único. É garantido o exercício profissional aos trabalhadores que já exerçam a profissão de Gestor de Serviços de Saúde à data de publicação desta Lei.

Art. 2º São atividades do Gestor de Serviços de Saúde, sem prejuízo das atribuições ou da atuação concorrente de outros profissionais:

I – atuar na gestão de serviços de saúde, e todos os níveis de complexidade, como hospitais, centros de saúde, serviços de urgência, saúde suplementar e secretarias municipais e estaduais;

II – identificar, diagnosticar e propor soluções em áreas críticas, ampliando a capacidade de resposta dos serviços de saúde;

III – promover a integração de equipes multiprofissionais que prestam assistência à saúde;

2

IV – elaborar projetos de gestão, críticas sobre o funcionamento dos sistemas de gestão e organizar a gestão de unidades de saúde;

V – prestar consultoria, assessoria, auditoria e emissão de parecer sob a gestão em serviços de saúde;

VI – atuar em parceria multiprofissional no recrutamento, administração, gestão, educação e orientação em saúde;

VII – desenvolver estudos e pesquisas na área de gestão de serviços de saúde, para melhorar, adaptar e inovar os serviços de gestão de saúde;

VIII – participar de equipes profissionais multidisciplinares no âmbito da gestão dos serviços de saúde.

IX – analisar a oferta e demanda de serviços de saúde, considerando o contexto demográfico, epidemiológico e político-institucional;

X – coordenar os processos de produção do cuidado ao usuário de forma a garantir a integralidade e qualidade da atenção à saúde.

Art. 3º A regulamentação poderá prever a emissão de documento profissional para os Bacharéis em Gestão de Serviços de Saúde, a cargo do órgão público competente para tal finalidade.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A saúde no Brasil, infelizmente, é tema de preocupação de grande parte da população, sendo considerada custosa e ineficiente. Essa visão popular está em conformidade com a situação real, em que presenciamos, além da falta de médicos, uma administração e gestão do sistema plena de problemas e de denúncias de corrupção.

Essa questão precisa ser abordada a partir de uma visão sistêmica e objetiva, na qual a presença de profissionais aptos a bem administrar os recursos é fundamental. Não se trata de uma função que possa ser entregue a médicos ou enfermeiros. Precisamos de profissionais capacitados a visualizar a questão além dos limites da condição individual dos pacientes.

Nesse contexto, são bem vindas as iniciativas destinadas a instituir cursos e formar gestores em serviços de saúde. Com a presença desses profissionais, nas áreas de atendimento e de administração, certamente os outros trabalhadores da saúde terão mais disponibilidade de tempo e um esgotamento menor de forças, aumentando assim a qualidade e a abrangência do atendimento.

É lamentável que, muitas vezes, um só profissional seja encarregado de prestar atendimento médico e cuidar também de aspectos administrativos, ambientais, sanitários, etc. O gestor, então, é imprescindível nas unidades em que se processa o trabalho de prevenção e de atendimento à saúde.

Esses profissionais, até pela natureza do trabalho que executam, não pretendem ocupar uma área privativa de atribuições. Pretendem, isso sim, maximizar o uso dos recursos disponíveis, articulando as ações e reduzindo perdas e desperdícios ao longo de toda cadeia de atendimento à saúde. Em suma, eles não chegam para ocupar

3

espaço de nenhum outro profissional já estabelecido, mas sim para completar uma lacuna existente.

Com o reconhecimento e regulamentação da profissão permite-se a instituição de uma identidade profissional. Isso permitirá certo controle do comportamento ético e lhes dará condições para exercer sua profissão com amplitude de direitos, reduzindo a atividade de terceiros não qualificados tecnicamente e sem formação adequada para o exercício dessa atividade.

Por essas razões, esperamos contar com o apoio de todos os membros do Congresso Nacional para a aprovação do presente projeto de lei.

Sala das Sessões,

Senador **CLÉSIO ANDRADE**

(À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.)

Publicado no **DSF**, de 22/5/2014

Secretaria de Editoração e Publicações - Brasília-DF

OS: 12355/2014

7

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 292, de 2014, do Senador Walter Pinheiro, que *regulamenta o exercício da profissão de Despachante Documentalista e dá outras providências*.

Relatora: Senadora **VANESSA GRAZZIOTIN**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão, em decisão de caráter terminativo, o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 292, de 2014, do Senador Walter Pinheiro, que tem por objetivo a regulamentação do exercício profissional do Despachante Documentalista.

O Projeto foi designado para apreciação desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), em caráter terminativo. Nesta Comissão, chegamos a apresentar Relatório, no qual pugnávamos por sua aprovação, com emendas. O relatório, contudo, não chegou a ser votado, em decorrência da aprovação do Requerimento nº 935, de 2015, da Senadora Ana Amélia, que pleiteava a análise do Projeto pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ).

Na CCJ, o Projeto foi objeto de Parecer relatado pelo Senador Dário Berger, que incorporou parte do relatório que anteriormente apresentáramos na CAS e concluiu pela aprovação do Projeto, com três emendas idênticas em conteúdo às que propusemos.

O projeto não recebeu outras emendas.



II – ANÁLISE

A CAS é competente para a apreciação terminativa do projeto, conforme os arts. 91, I, e 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal.

A matéria observa o disposto no art. 22, inciso I, e no *caput* do art. 48 da Constituição Federal, que põem a questão no campo de competência do Congresso Nacional, tanto no tocante à sua iniciativa, quanto no tocante à sua apreciação.

A matéria, como dissemos, é pertinente à regulamentação da atividade laboral dos Despachantes Documentalistas, profissão parcialmente regida pela Lei nº 10.602, de 12 de dezembro de 2002, que se dedica, primordialmente, à organização do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Despachantes Documentalistas.

O presente Projeto, portanto, complementa a referida Lei, já que dispõe, especificamente, sobre as características da profissão de Despachante Documentalista.

A matéria, como dissemos, já foi objeto de manifestação anterior de nossa parte, consubstanciada em relatório cujo teor essencialmente adotamos, dado que não mudamos nosso entendimento desde a ocasião em que o apresentamos.

O projeto, como dissemos, consubstancia uma justa adição ao cânon legislativo brasileiro: se o Poder Público considerou relevante e necessária a criação de órgão de fiscalização do exercício profissional, isso decorre da natureza particularmente sensível da atividade desenvolvida.

Efetivamente, a existência dos órgãos profissionais se justifica, precisamente, pela ocorrência de risco social no mau exercício de determinadas profissões, que se manifesta em eventuais ameaças à saúde ou à segurança da sociedade ou à estabilidade das relações sociais. É esse risco social que fundamenta, por exemplo, a existência de órgãos regulamentadores da medicina, da engenharia, da advocacia, da



contabilidade, da farmácia, da odontologia, da corretagem de imóveis, da economia, da administração, e outras que totalizam trinta e dois conselhos.

A necessidade de regulamentação do Despachante Documentalista reside, precisamente, na sua importância para a estabilização das relações sociais, ou, mais precisamente, nas relações entre indivíduo e Estado.

Profissional que, nos termos da justificção do projeto, “exerce um papel fundamental no encaminhamento de documentos essenciais para o exercício da cidadania”, sendo, assim, necessário que o Despachante atue de forma absolutamente idônea e profissional pelos óbvios prejuízos que os maus profissionais podem causar aos seus clientes, a terceiros e, mesmo, à própria máquina estatal.

Adequada, portanto, a apresentação do Projeto, a complementar, de forma desejável, a Lei que já se aplica ao tema.

Concordamos, igualmente com o Relator na CCJ (e, por extensão, com nossa própria opinião anteriormente expressada) que, não obstante meritória a Proposição, está a merecer pontuais aperfeiçoamentos, adequando-a ao fim a que se destina.

Assim, tornamos a nos manifestar pela desnecessidade e inocuidade dos arts. 1º e 2º, sendo mais adequada, em termos de técnica legislativa, sua supressão com a renumeração e modificação do art. 3º

Além disso, reiteramos, igualmente, a inocuidade dos incisos I, II, IV e VI do art. 6º, por veicularem obrigações que não decorrem do exercício profissional específico do Despachante Documentalista, mas de simples obrigações sociais gerais.

Ainda, apontamos a necessidade de modificação do inciso IV do art. 12, para evitar potencial dúvida de interpretação e esclarecer que a competência para instaurar sindicância para investigação da conduta de profissional e eventual imposição de sanções cabe ao conselho regional em que estiver inscrito.



Esses pontos, que havíamos apontado em nossa manifestação anterior com apresentação de emendas, foram incorporados no Parecer da CCJ, em razão do que secundamos a manifestação daquela Comissão.

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela aprovação do PLS nº 292, de 2014, com as Emendas nº 1, 2 e 3 da CCJ.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relatora



PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA (CCJ), sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 292, de 2014, do Senador Walter Pinheiro, que *regulamenta o exercício da profissão de Despachante Documentalista e dá outras providências.*

Relator: Senador **DÁRIO BERGER**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 292, de 2014, que regulamenta o exercício da profissão de despachante documentalista.

O Projeto complementa as disposições da Lei nº 10.602, de 12 de dezembro de 2002, que instituiu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Despachantes Documentalistas, mas que não dispõe de forma profunda sobre o exercício da profissão.

A proposição delimita as atividades que podem ser desempenhadas pelos despachantes documentalistas e onde poderão desempenhá-la (arts. 1º a 4º); as condições para o exercício da profissão (art. 5º), os direitos, deveres e vedações no exercício profissional (arts. 6º a 8º), disposições gerais sobre responsabilidade e ética profissional, sobre proteção de honorários e sobre o direito de exercício profissional aos despachantes que estejam desempenhando a profissão quando da publicação da Lei, se aprovada (arts. 9º a 12). O art. 13 prevê a entrada imediata em vigor da norma, se aprovada.

A matéria foi originalmente destinada à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) desta Casa. Nela chegou a ser apresentada minuta de Parecer da Senadora Vanessa Grazziotin, pela aprovação com emendas. A apreciação da minuta, contudo, foi obstada pela aprovação do Requerimento nº 923, de 2015, da Senadora Ana Amélia, para remessa do projeto à CCJ.

Ouvida a CCJ, a proposição retornará à CAS, para exame em caráter terminativo.

Não houve emendas ao Projeto (excetuadas aquelas já referidas, da minuta de Parecer não votado na CAS).

II – ANÁLISE

A CCJ possui tem competência para apreciar a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade das matérias que lhe forem submetidas, nos termos do art. 101 do Regimento Interno do Senado Federal.

No presente caso, deve ser ressalvada a competência da CAS para a apreciação da matéria quanto ao seu mérito, à CCJ, por seu turno, tocaria a análise das condições formais e legislativas pertinentes ao Projeto, ainda que na prática seja difícil delimitar uma linha precisa de separação entre esses dois papéis, de forma que a análise da CCJ sempre acaba contendo elementos de mérito e a análise da CAS sempre desborda para aspectos legais e constitucionais.

Nesse sentido, não logramos discernir obstáculo formal ao processamento do Projeto. A matéria, regulamentação do exercício das profissões e relações de trabalho pertence ao domínio da União, nos termos do art. 22, I, da Constituição Federal.

Ademais, não há invasão da iniciativa reservada a outro dos Poderes da União, sendo o tema de competência plena do Congresso Nacional, tanto no tocante à sua iniciativa – que incumbe a qualquer parlamentar – quanto à sua análise.

Atualmente, há diversos projetos legislativos destinados à regulamentação de profissões e de seu exercício, tanto no âmbito do Senado quanto do da Câmara dos Deputados. Ainda que não disponhamos de dados precisos, a percepção imediata dos projetos apresentados nos dá a impressão que uma significativa parcela deles comporta esse tipo de objetivo.

Naturalmente, nem todas as profissões necessitam uma regulamentação por meio de Lei. O exercício profissional de qualquer trabalho, ofício ou profissão é, em princípio, livre, nos termos do art. 5º, XIII, da Constituição. Isso significa que é dispensada sua regulamentação, exceto

nos casos em que exista interesse social premente nessa regulamentação, circunstância que geralmente decorre do severo risco social implícito na ausência de regulação que dificulte a atuação de maus profissionais (já que, infelizmente, nunca é possível impedi-la totalmente).

Dito isso, entendemos que o presente Projeto é daqueles que possuem grande relevância e forte repercussão social. Essa percepção é ressaltada pela óbvia constatação de que a profissão de despachante documentalista é uma das relativamente poucas que – a critério dos Poderes Legislativo e Executivo – contam com Conselhos Federais e Regionais de fiscalização do exercício profissional.

Ora, se a atividade de despachante documentalista é relevante a ponto de justificar a existência do órgão paraestatal de fiscalização, devemos entender logicamente necessária a regulamentação do exercício profissional, até para nortear os Conselhos de Despachantes no cumprimento de seu mister.

Destarte, inclinamo-nos pela aprovação do Projeto. Destacamos, contudo, que, a despeito de seus inequívocos méritos e de sua importância, o Projeto pode receber alguns aperfeiçoamentos.

Nesse sentido, adotamos integralmente a precuciente análise da Senadora Vanessa Grazziotin, na sua minuta de parecer apresentada à CAS, que tomamos a liberdade de reproduzir:

“Os arts. 1º, 2º e 3º basicamente possuem o mesmo conteúdo (além de repetir a ementa). É desnecessária, entendemos, essa tríplice reiteração das atividades do despachante documentalista, pelo que sugerimos a supressão de dois desses artigos e a alteração da redação do art. 3º.

“O inciso II do art. 5º estabelece como condição para o exercício da profissão a graduação em curso tecnológico de Despachante Documentalista, o que se justifica pela especificidade e complexidade da atividade, evitando o desconhecimento da estrutura do Estado e os trâmites requeridos para o desempenho técnico, legal e ético.

“A graduação é um condicionante para a regulamentação da profissão, deixando a atividade de ser informal e improvisada, às vezes hereditária, sem compromisso com o desempenho técnico e responsável.

“Os incisos I, II, IV e VI do art. 6º são desnecessários, tratando-se de deveres não puramente profissionais, mas de

obrigações sociais ou de simples bom senso, pelo que, da mesma forma, sugerimos sua supressão.

“O art. 7º, IV, determina que o despachante não seja punido sem prévia sindicância, mas não estabelece quem seria responsável por tal sindicância, propomos alteração para determinar que essa obrigação cabe ao Conselho Regional em que o profissional esteja inscrito.

“O parágrafo único do art. 12 estende o título de Despachante Documentalista ao profissional que, na data da publicação da Lei, se aprovada, estiver inscrito em sindicato ou associação de classe. Tal determinação, cremos, fere a separação entre ação sindical e ação estatal, entretanto, algumas unidades da Federação não possuem Conselhos Regionais Instalados e os órgãos públicos credenciam os Despachantes que estejam inscritos em Associações ou sejam sindicalizados.

“O objetivo do art. 12 e seu parágrafo único é garantir aos profissionais que exercem a atividade possam comprovar com os meios existentes até a data da publicação desta lei, garantido os direitos aos que sustentaram essa atividade”.

Assim, como dissemos, apoiamos a aprovação do projeto, com as emendas que ora apresentamos, rendendo à Senadora Vanessa Grazziotin, as devidas homenagens.

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela aprovação do PLS nº 292, de 2014, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº 1- CCJ

Dê-se ao art. 3º do PLS nº 292, de 2014, a seguinte redação:

“Art. 3º.....
.....

§ 6º O Despachante Documentalista poderá atuar como profissional autônomo ou por meio de pessoa jurídica formada sob responsabilidade de Despachante Documentalista, inscrita no Conselho Regional de Despachantes Documentalistas competente.”

EMENDA Nº 2- CCJ

Dê-se ao art. 7º, IV, do PLS nº 292, de 2014, a seguinte redação:

“Art. 7º.....

.....
IV - não ser punido sem prévia sindicância instaurada pelo Conselho Regional competente, sendo-lhe assegurado amplo direito de defesa;

.....”

EMENDA Nº 3- CCJ

Suprimam-se os arts. 1º, 2º, e os incisos I, II, IV e VI do art. 6º do PLS nº 292, de 2014, renumerando-se os demais.

Sala da Comissão, 2 de março de 2016.

Senador JOSÉ MARANHÃO, Presidente

Senador DÁRIO BERGER, Relator



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 292, DE 2014

Regulamenta o exercício da profissão de Despachante Documentalista e dá outras providências.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1º Esta Lei regulamenta o exercício da profissão de Despachante Documentalista em todo território nacional.

Art. 2º Despachante documentalista é o profissional legalmente habilitado para praticar, como pessoa física ou mediante constituição de pessoa jurídica, as atividades previstas nesta Lei.

Parágrafo único. A pessoa jurídica prevista neste artigo somente poderá ser formada sob a responsabilidade de Despachante Documentalista legalmente habilitado.

Art. 3º As atribuições do Despachante Documentalista consistem no conjunto de atos e procedimentos legais, necessários à mediação e representação, em nome de seus comitentes, nas relações com os órgãos da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal, bem como perante as entidades ou órgãos que exerçam funções ou atribuições em substituição ou complementação ao trabalho desses entes, mediante contrato, permissão, concessão, autorização ou convênio com esses órgãos ou entidades.

§ 1º No exercício de suas atribuições o Despachante Documentalista pode acompanhar a tramitação de processos e procedimentos, cumprir diligências, anexar documentos, prestar esclarecimentos, solicitar informações e relatórios, bem como proceder a todos os atos pertinentes e necessários à mediação ou representação.

2

§ 2º O Despachante Documentalista tem mandato presumido de representação na defesa dos interesses de seus comitentes, salvo para a prática de atos para as quais a lei exija poderes especiais.

§ 3º O mandato a que se refere o § 2º deste artigo termina com a entrega, ao comitente, do documento objeto do contrato.

§ 4º O Despachante Documentalista fornecerá ao comitente, sempre que lhes forem solicitadas, informações detalhadas sobre o andamento das negociações ou procedimentos de que está encarregado.

§ 5º O Despachante Documentalista atuará em obediência aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, finalidade, interesse público e eficiência, requisitos esses essenciais no exercício de sua função.

Art. 4º O Despachante Documentalista exerce suas funções nos órgãos públicos respeitando as leis, decretos, portarias e regulamentos federais, estaduais e municipais de credenciamento, funcionamento e atendimento.

Art. 5º São condições para o exercício da profissão de Despachante Documentalista:

I – ser brasileiro nato ou naturalizado, maior de dezoito anos, ou emancipado na forma da lei;

II – ser graduado em nível tecnológico como despachante documentalista em curso reconhecido na forma da lei;

III – estar inscrito no Conselho Regional de Despachantes Documentalistas.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Despachante Documentalista, em cumprimento do inciso II do art. 5º, expedirá à habilitação, respeitada a competência adquirida no curso de graduação tecnológica.

Art. 6º São deveres do Despachante Documentalista:

I – tratar os interessados em seus serviços com atenção e urbanidade;

II – portar-se e trajar-se de maneira conveniente no recinto das repartições públicas, tratando os servidores com cortesia e respeito;

III – desempenhar com zelo e presteza os negócios a seu cargo;

IV – assinar os requerimentos dos serviços executados;

V – guardar sigilo profissional;

3

VI – fiscalizar e orientar seus empregados na execução dos serviços em geral;

VII – ressarcir seus comitentes e os Poderes Públicos pelos danos e prejuízos a que der causa, por ação ou omissão;

VIII – manter as dependências e instalações do trabalho compatíveis com o atendimento ao público;

IX – fazer consignar nos impressos e publicidade em geral, a denominação de seu escritório, se pessoa jurídica e a inscrição no Conselho Regional;

X – afixar em lugar visível e de fácil leitura a sua habilitação profissional e o alvará de funcionamento expedido pelo Município;

Art. 7º São direitos do Despachante Documentalista:

I – exercer com liberdade suas prerrogativas na defesa dos interesses que lhe foram atribuídos;

II – representar, junto às autoridades superiores, contra servidores encarregados pelo atendimento ao público e seus superiores, que no desempenho dos cargos e funções que lhe competem, praticarem atos que, por sua natureza, excedam os seus deveres, implicando sistematicamente em danos materiais e morais aos despachantes e seus comitentes, assim como os decorrentes da inobservância de outros dispositivos de lei;

III – apresentar às autoridades responsáveis por instituição de atos administrativos relativos aos serviços e atribuições dos despachantes, assim como às responsáveis por sua execução, sugestões, pareceres, opiniões e críticas visando, primordialmente, contribuir eficazmente para a desburocratização e aperfeiçoamento do sistema;

IV – não ser punido sem prévia sindicância, sendo-lhe assegurado amplo direito de defesa;

V – denunciar as autoridades de sua jurisdição e, se for o caso, às superiores competentes, na forma cabível à espécie, o exercício ilícito da atividade praticada por outro despachante ou por elementos alheios à categoria;

Art. 8º É vedado, ao Despachante Documentalista, no seu exercício profissional:

I – realizar propaganda contrária à ética profissional;

4

II – aliciar clientes, direta ou indiretamente;

III – praticar com ou sem intuito lucrativo, atos desnecessários à solução de assuntos a seu cargo ou protelar o seu andamento;

IV – emitir documentos ou autorizações, em substituição a documentos oficiais em seu poder ou em tramitação em órgãos públicos;

V – manter filiais de seu estabelecimento, exceto se tratar de sociedade constituída exclusivamente de despachantes públicos, desde que seja na mesma cidade da sede e que cada uma das filiais tenha um despachante responsável pelo seu funcionamento;

Art. 9º O Despachante Documentalista é responsável pelos prejuízos que causar aos seus comitentes ou aos Poderes Públicos, inclusive, pelas irregularidades praticadas por seus empregados.

Parágrafo único. A responsabilidade administrativa não isenta o Despachante Documentalista ou os empregados auxiliares da ação civil ou penal, quando cabíveis.

Art. 10. O Código de Ética aprovado pelo Conselho Federal de Despachante Documentalista é o instrumento que norteia a atuação e o comportamento na sociedade do Despachante Documentalista, bem como dispõe sobre as penalidades aplicáveis aos profissionais.

Art. 11. É vedado às empresas comercial, industrial, financeira, imobiliária e de serviços, a cobrança de qualquer taxa e honorário próprio do Despachante Documentalista.

Parágrafo único. As taxas requeridas para o serviço e os honorários do Despachante Documentalista devem ser pagas contra a apresentação de nota fiscal, em se tratando de pessoa jurídica e recibo, em se tratando de pessoa física.

Art. 12. É assegurado o título de Despachante Documentalista, com pleno direito à continuidade de suas funções, nos termos desta lei, aos profissionais que, na data de sua publicação, estejam inscritos nos Conselhos Regionais de Despachantes Documentalistas.

Parágrafo único. Aplica-se o *caput* aos inscritos em Sindicatos e Associações de Despachantes Documentalistas, em pleno exercício da atividade, e ou que comprovem, por outros meios, amparados por leis ou atos editados por órgãos da Administração Pública Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e que devem se inscrever nos Conselhos Regionais de Despachantes Documentalistas.

Art. 13. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A Constituição Federal dispõe no inciso XIII de seu art. 5º, que “é livre o exercício de qualquer, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. Esse dispositivo deixa clara a necessidade de regulamentação legal das atividades que exigem condições especiais para o seu exercício. E dentre as profissões que demandam por qualificações especiais do profissional, para o seu exercício, estão aquelas que atuam evitando ou diminuindo os riscos à segurança, à saúde e ao patrimônio físico e financeiro das pessoas e das instituições.

Nesse contexto, o Despachante Documentalista, no desempenho de suas atribuições, exerce um papel fundamental no encaminhamento de documentos essenciais para o exercício da cidadania, além de facilitar as relações dos representantes do Estado e das instituições públicas com os cidadãos afetados por suas exigências legais. Desse bom relacionamento depende o andamento das demandas e, em última instância, a evolução dos indicadores econômicos e o estabelecimento de uma situação de bem estar social, em benefício de toda a sociedade.

Em sentido contrário, o mau desempenho do trabalho dos despachantes documentalistas pode resultar em prejuízos para os clientes e cidadãos, além de terceiros eventualmente prejudicados, se não chegar a trazer prejuízos até para o funcionamento da máquina estatal. É por essa razão que o despachante documentalista existe desde os primórdios do Estado Brasileiro, quando iniciaram sua atividade por ordem da coroa Portuguesa. Hoje já são milhares de profissionais que vivem dessa atividade.

Não se pretende de forma alguma criar impedimento ou dificuldade para o cidadão buscar diretamente a solução de seus assuntos ou interesses junto aos órgãos públicos. O que se pretende com o presente projeto de lei é assegurar proteção à sociedade brasileira contra os maus profissionais e permitir o desenvolvimento dessa importante atividade, necessária na desburocratização do Estado Brasileiro.

A propositura visa ainda a reconhecer o trabalho desenvolvido pelos despachantes documentalistas, assegurando-lhes responsabilidades e direitos e, principalmente, disciplinando a atividade de maneira uniforme para todo o território nacional, a exemplo do que ocorre com outras atividades já regulamentadas, com suas atribuições próprias, direitos e deveres profissionais.

Importante destacar, ainda, os relevantes serviços prestados pela categoria à toda a comunidade. Os despachantes manipulam documentos públicos e particulares, sendo necessário um rigoroso controle do desempenho das suas funções. Além disso, há uma vasta legislação a ser observada que abrange toda a sua área de atuação.

6

Por todas essas razões, consideramos imprescindível a regulamentação da profissão dos despachantes documentalistas. Assim, teremos profissionais devidamente inscritos no respectivo Conselho, regidos por um Código de Ética e de conduta próprio, com claros direitos e responsabilidades.

Esperamos contar com o apoio de nossos Pares para a aprovação da matéria e a sua rápida tramitação.

Sala das Sessões,

Senador **WALTER PINHEIRO**

7

LEGISLAÇÃO CITADA

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988Emendas ConstitucionaisEmendas Constitucionais de RevisãoAto das Disposições Constitucionais TransitóriasAtos decorrentes do disposto no § 3º do art. 5º**ÍNDICE TEMÁTICO****Texto compilado****PREÂMBULO**

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

**TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

Art. 1º

**TÍTULO II
DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS
CAPÍTULO I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS**

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I -

8

VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

IX –

.....

Art. 250.

Brasília, 5 de outubro de 1988.

Ulysses Guimarães, Presidente - *Mauro Benevides*, 1.º Vice-Presidente - *Jorge Arbage*, 2.º Vice-Presidente - *Marcelo Cordeiro*, 1.º Secretário - *Mário Maia*, 2.º Secretário - *Arnaldo Faria de Sá*, 3.º Secretário - *Benedita da Silva*, 1.º Suplente de Secretário - *Luiz Soyer*, 2.º Suplente de Secretário - *Sotero Cunha*, 3.º Suplente de Secretário - *Bernardo Cabral*, Relator Geral - *Adolfo Buaiz* - *Vivaldo Barbosa* - *Vladimir Palmeira* - *Wagner Lago* - *Waldec Ornélas* - *Waldyr Pugliesi* - *Walmor de Luca* - *Wilma Maia* - *Wilson Campos* - *Wilson Martins* - *Ziza Valadares*.

Este texto não substitui o publicado no DOU de 5.10.1988

(À Comissão de Assuntos Sociais; em decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 29/10/2014

8



PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, do Senador Telmário Mota, que *dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências*.

Relator: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Em exame na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328, de 2015, de autoria do Senador Telmário Mota, que busca dispor sobre a regulamentação da profissão de educador social. Para esse fim, o projeto foi estruturado em seis artigos.

No art. 1º, ao tempo em que se explicita o objetivo do projeto de regulamentar a profissão de educador social, acrescenta-se que o ofício possui caráter pedagógico e social, devendo relacionar-se “à realização de ações afirmativas, mediadoras e formativas”.

No art. 2º são apontados “os contextos educativos”, dentro ou fora do ambiente escolar, implicados com ações educativas para diversas populações, em distintos âmbitos institucionais, comunitários e sociais, em programas e projetos educativos, como o *locus* de atuação do educador social.

No art. 3º, o PLS impõe aos entes federados de qualquer esfera administrativa: a) o uso da nova nomenclatura para os profissionais de seus quadros envolvidos com o campo de atuação dos educadores sociais; b) a



criação e o provimento dos cargos públicos de educador social, com níveis diferenciados de admissão à carreira, de acordo com a escolaridade; c) a elaboração dos planos de cargos, carreira e remuneração da nova profissão.

No art. 4º são arroladas as atribuições do educador social, “dentro ou fora dos âmbitos escolares”.

O art. 5º enuncia, de maneira genérica, a revogação das disposições em contrário à matéria.

Finalmente, o art. 6º estabelece o início da vigência da lei proposta na data de sua publicação.

A matéria foi distribuída à análise da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), da Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE), e da CAS, cabendo a esta a decisão terminativa. Na primeira, o PLS foi aprovado com uma emenda supressiva (Emenda nº 1-CCJ), que extirpou da proposição os arts. 3º e 5º.

Na CE, foi aprovado parecer que, além de ratificar a Emenda nº 1-CCJ, contemplou duas novas emendas. A primeira (Emenda nº 2-CE) para dar nova redação ao art. 4º original do projeto (renumerado como art. 3º em face do acolhimento da emenda da CCJ), de modo a ampliar o público atendido pelos educadores sociais. A segunda (Emenda nº 3-CE) para inserir novo dispositivo no PLS, numerado como art. 4º, por meio do qual dispõe sobre a formação de nível superior como requisito de ingresso na profissão, ressalvada a situação daqueles que já a exerçam na data de publicação da lei, para quem se admite a formação em nível médio.

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso I do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), compete à CAS opinar sobre proposições que versem a respeito de, entre outros temas, relações de trabalho, organização do sistema nacional de emprego e condição para o exercício de profissões. Ademais, por força do caráter terminativo da decisão que ora se forma, cumpre ainda a este colegiado, nos termos do art. 91 do mesmo Risf,



manifestar-se quanto aos aspectos de constitucionalidade e juridicidade da proposição. Dessa maneira, resta observada, no presente exame do PLS nº 328, de 2015, a competência regimentalmente atribuída a esta Comissão.

No que tange à constitucionalidade, verifica-se que, a teor do art. 22, inciso XVI, da Constituição Federal, cabe privativamente à União legislar sobre organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício profissional no País. Em adição, de acordo com o art. 48 da mesma Carta, os membros do Congresso Nacional estão legitimados a iniciar o processo legislativo no tocante às matérias de competência da União, verificando-se, ainda, que a proposição não incide em matéria reservada à iniciativa do Presidente da República.

A única ressalva a ser feita em relação a esse quesito, devidamente apontada na CCJ, refere-se à imposição de obrigações para os entes federados subnacionais veiculada no art. 3º. Esse tipo de medida, por se mostrar incongruente com a forma federativa do Estado, só poderá ser saneada com a sua exclusão do projeto, consoante sugeriu a CCJ e assentiu a CE.

Em relação à juridicidade, constata-se que a proposição, veiculada por meio da espécie legislativa adequada, tende a inovar o ordenamento vigente e com ele conformar-se, ademais de gozar de relativo potencial de coercibilidade. Nada obstante, a cláusula revogatória genérica, inserida no art. 5º, padece de vício cuja resolução enseja a sua supressão do projeto.

No mérito, é inquestionável a importância da atuação de educadores e educadoras sociais para o sucesso de políticas públicas de fôlego no campo da inclusão. Em que pese, assim, a expressividade assumida por esses profissionais no mundo do trabalho, no seio de uma diversidade de instituições sociais entre as quais despontam as vinculadas ao Estado, a sua atividade remanesce pendente de reconhecimento oficial como profissão singular. Desse modo, o projeto supre uma lacuna legal no tocante à regulamentação desse importante ofício.

O reconhecimento formal que ora se propõe, com a institucionalização de uma identidade ocupacional, é, decerto, crucial para



a melhoria das condições de atuação dessa nova classe de educadores. Entre outros reflexos nessa área, espera-se a criação de expertise profissional a partir da melhoria da formação desses educadores, os quais podem ganhar mais foco em programas e processos de formação específica. Porém, mais do que isso, os efeitos da medida poderão ser sentidos no próprio desempenho da ação do Estado, o que nos parece relevante, ao cabo, para o conjunto da sociedade brasileira. Nesse contexto, a proposição é oportuna e atende ao interesse público.

No que respeita às emendas, verifica-se que a Emenda nº 1-CCJ corrige as falhas apontadas na análise de constitucionalidade e juridicidade, relativamente ao conteúdo dos arts. 3º e 5º.

A Emenda nº 2-CE, mediante a qual se atendeu a sugestão de entidades atuantes na área de projetos sociais, de fato, imprime caráter universal ao público atendido por educadores e educadoras sociais. Dessa maneira, ao evitar a redução da atenção a segmentos específicos da população, a proposição amplia as próprias possibilidades de exercício profissional da categoria. Por isso mesmo, julgamos a Emenda nº 2-CE meritória.

A Emenda nº 3-CE, por sua vez destinada a acolher demanda de profissionais da área, estabelece a formação em nível superior como requisito para o exercício da profissão, admitindo a escolaridade mínima de nível médio para os que atuarem no setor até a data de publicação da lei resultante do projeto. Trata-se de disposição pertinente em relação a leis que cuidem da definição de condições para exercício profissional em geral. No tocante ao caso dos educadores sociais, reputamos pertinente a exigência de escolaridade em nível superior. Ela é relevante tanto para o enriquecimento da profissão quanto para a ampliação do nível e dos anos de escolaridade dos trabalhadores do País. No mais, é igualmente pertinente a exceção aberta para os profissionais de nível médio que já integrem a atividade, os quais não podem, por uma questão de justiça, mas também de direito, ser excluídos do exercício da profissão, em decorrência de lei nova sobre a matéria.

Adotadas as emendas precedentes com os reparos apontados, nada há a obstar à tramitação do projeto no tocante aos aspectos de



constitucionalidade e juridicidade. Quanto ao mais, uma vez demonstrado seu mérito social, julgamo-lo oportuno e digno de acolhimento por esta Casa Legislativa.

III – VOTO

Diante do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, acolhidas as Emendas nº 1-CCJ-CE, nº 2-CE e nº 3-CE.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

SUBEMENDA Nº -CAS
(ao PLS nº 328, de 2015)

Substitua-se, no art. 3º do PLS nº 328, de 2015, com redação dada pela Emenda nº 2-CE, a palavra “gênero” pelo termo “sexo”.

JUSTIFICAÇÃO

Com fundamento no art. 122, inciso I, do Regimento Interno do Senado Federal, apresentamos esta emenda ao Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, com o objetivo de substituir, no art. 3º da proposição, o uso da palavra “gênero” pelo termo “sexo”.

A nosso sentir, ao adotarmos, na norma, uma linguagem tecnicamente mais adequada, em lugar de uma abordagem aberta, polêmica e imprecisa, reforçamos o seu potencial de eficácia, sem prejuízo algum para o direito sobre o qual a alteração incide.

Sala da Comissão,

Senador EDUARDO LOPES



SF/17624.50662-04

PARECER Nº , DE 2016

Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, do Senador Telmário Mota, que *dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências.*

Relator: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame da Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328, de 2015, do Senador Telmário Mota, que *dispõe sobre a regulamentação da profissão de educador social.*

O art. 1º do projeto apresenta o seu propósito e afirma que a profissão que o projeto busca regulamentar possui caráter pedagógico e social, “devendo estar relacionada à realização de ações afirmativas, mediadoras e formativas”.

O art. 2º determina que o campo de atuação da nova profissão são “os contextos educativos situados dentro ou fora dos âmbitos escolares e que envolvem ações educativas com diversas populações, em distintos âmbitos institucionais, comunitários e sociais, em programas e projetos educativos”.

O art. 3º estipula que os entes federados devem: 1º) adequar para a denominação “educadora ou educador social” os cargos ocupados por profissionais com o campo de atuação que se enquadram nos termos da lei proposta; 2º) criar e prover os cargos públicos de educador social, com níveis diferenciados de admissão à carreira, de acordo com a escolaridade; 3º) elaborar os planos de cargos, carreira e remuneração da nova profissão.

O art. 4º enumera as atribuições do educador Social, “dentro ou fora dos âmbitos escolares”.

O art. 5º traz cláusula de revogação genérica.

Por fim, o art. 6º determina que a lei proposta entrará em vigor na data de sua publicação.

Na justificção do projeto, seu autor discorre sobre diversos fatos que demonstram que os educadores sociais vêm assegurando o reconhecimento de seu papel profissional. Assim, lembra, por exemplo, que em 2009, eles foram incluídos na Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho e Emprego. Ademais, segundo o autor, muitos entes federados já abriram concursos públicos para o provimento de cargos de educador social.

A matéria foi aprovada pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), com emenda que suprime os arts. 3º e 5º.

Após a análise da CE, o projeto será apreciado, em decisão terminativa, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do inciso I do art. 102 do Regimento Interno do Senado Federal, compete à CE opinar sobre proposições que versem a respeito de normas gerais sobre educação, instituições educativas, e diretrizes e bases da educação nacional. Dessa maneira, a apreciação do PLS nº 328, de 2015, respeita a competência regimentalmente atribuída a esta Comissão.

O termo educador é tradicionalmente usado para abarcar o conjunto de profissionais da educação. Portanto, não deve ser apropriado por apenas uma categoria de trabalhador. A expressão “social”, de certa forma, neutraliza essa possibilidade. Entretanto, o campo de atuação do educador social, nos termos especificados pelo PLS, traz dúvidas sobre a diferenciação da nova profissão com a de assistente social – regulamentada pela Lei nº

8.662, de 7 de junho de 1993 –, principalmente no âmbito das escolas. Trata-se, contudo, de questão a ser analisada pela CAS.

Ainda no que tange ao universo escolar, deve-se evidenciar que os educadores sociais não estão habilitados para o exercício da docência. Esses profissionais poderiam enquadrar-se na categoria de “trabalhadores em educação, portadores de diploma de curso técnico ou superior em área pedagógica ou afim”, nos termos do art. 61, inciso III, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que “estabelece as diretrizes e bases da educação nacional”, conhecida como LDB.

Sem prejuízo da avaliação da CAS, acolhemos sugestão de entidades que atuam na área no sentido de conferir caráter universal ao público atendido pelos profissionais em questão, evitando sua redução a alguns segmentos da população.

Igualmente, em consideração à demanda de profissionais da área, estabelecemos o nível superior para o exercício da profissão, admitida a escolaridade mínima de nível médio para aqueles que atuam no setor, até a data de publicação da lei resultante do projeto.

Em suma, no que concerne ao mérito educacional, o projeto em tela é digno de ser acolhido.

III – VOTO

Em razão do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, acolhida a Emenda nº 1-CCJ e as emendas a seguir apresentadas.

EMENDA Nº 2 – CE

Dê-se ao art. 3º do Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, conforme renumeração decorrente do acolhimento da Emenda nº 1-CCJ, a seguinte redação:

“**Art. 3º** São atribuições dos profissionais de que trata esta Lei ações de educação e mediação que envolvam os direitos e deveres

humanos, a justiça social e o exercício da cidadania com pessoas de qualquer classe social, gênero, idade, etnia, cultura, nacionalidade dentre outras particularidades, por meio da promoção cultural, política e cívica”.

EMENDA Nº 3 – CE

Insira-se o seguinte art. 4º no Projeto de Lei do Senado nº 328, de 2015, renumerando-se a cláusula de vigência como art. 5º:

“**Art. 4º** Os profissionais de que trata esta Lei serão formados em cursos de educação superior, em nível de graduação, admitida a escolaridade mínima de nível médio para aqueles que exercerem a profissão até o início de vigência desta Lei”.

Sala da Comissão, 17 de maio de 2016

Senador ROMÁRIO, Presidente

Senador PAULO PAIM, Relator

PARECER Nº , DE 2015

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328, de 2015, do Senador Telmário Mota, que *dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências.*



RELATOR: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Trata-se do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328, de 2015, do Senador Telmário Mota, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências.

A justificativa declarada da proposição reside na necessidade de se conferir reconhecimento aos mencionados educadores, cuja missão é a defesa de pessoas em situação de risco social e pessoal, consoante a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), elaborada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

A proposição foi distribuída à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), à Comissão de Educação, Cultura e Esporte (CE) e à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), cabendo a última a decisão terminativa sobre a matéria.

Até o momento, não foram oferecidas emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 22, I, da Constituição Federal, compete à União legislar privativamente sobre direito do trabalho, motivo pelo qual a regulamentação da profissão de educador social incumbe ao mencionado ente federado.

Além disso, por não se tratar de matéria cuja iniciativa seja privativa do Presidente da República, do Procurador-Geral da República e dos Tribunais Superiores, aos parlamentares é facultado iniciar o processo legislativo sobre o tema, nos termos do art. 48 da Carta Magna.

Quanto à atribuição da CCJ para o exame de tão importante proposição, o art. 101, I, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), a ela confere tal prerrogativa.

Note-se, ainda, que não se trata de matéria cuja disciplina exija a aprovação de lei complementar, motivo pelo qual a lei ordinária revela-se o instrumento adequado à sua inserção no ordenamento jurídico nacional.

No mérito, a proposição, ao determinar o campo de atuação dos educadores sociais como sendo os contextos educativos situados dentro ou fora do âmbito escolares e que envolvam ações educativas com diversas populações, em distintos âmbitos institucionais, comunitários e sociais, em projetos e programas educativos sociais, na forma de seu art. 2º, colabora para a defesa das pessoas em situação de risco.

Ao fazê-lo, caminha no sentido de promover a tão almejada dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, positivado no art. 1º, IV, da Constituição Federal.

Observamos que a matéria esteve em apreciação desta eminente CCJ na reunião de 21 de outubro de 2015, quando foi concedida vista coletiva ao senador Antonio Anastasia e outros senadores.

Após entendimentos com diversas entidades nacionais tais como Universidade Estadual de Maringá/PR (Programa Multidisciplinar de Estudo, Pesquisa e Defesa da Criança e Adolescente - PCA), Grupo de Pesquisa em Criminologia da Universidade do Estado da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana, Grupo de Pesquisa Infância, Adolescência e Juventude do CNPq, Projeto Menino e Menina de Rua - São



Bernardo do Campo/SP, Instituto Sócrates (Curitiba) e Projeto Educação Social e Brincadeiras com Meninos e Meninas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, a proposição, então, merece ser aprovada pelo Parlamento conforme novo relatório que ora apresentamos.

Apresentamos uma emenda suprimindo os artigos 3º e 5º do PLS nº 328/2015.

III – VOTO

Do exposto, opina-se pela aprovação do PLS nº 328, de 2015, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº 1-CCJ

Suprima-se os arts. 3º e 5º do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328, de 2015, renumerando-se os demais.

Sala da Comissão, 04 de novembro de 2015.

Senador JOSÉ MARANHÃO, Presidente

Senador PAULO PAIM, Relator





SENADO FEDERAL
PROJETO DE LEI DO SENADO
Nº 328, 2015

Dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica regulamentada a profissão de Educadora e Educador Social, nos termos desta Lei.

Parágrafo único: A profissão que trata o *caput* deste artigo possui caráter pedagógico e social, devendo estar relacionada à realização de ações afirmativas, mediadoras e formativas.

Art. 2º - Ficam estabelecidos como campo de atuação das educadoras e educadores sociais, os contextos educativos situados dentro ou fora dos âmbitos escolares e que envolvem ações educativas com diversas populações, em distintos âmbitos institucionais, comunitários e sociais, em programas e projetos educativos sociais, a partir das políticas públicas definidas pelos órgãos federais, estaduais, do Distrito Federal ou municipais.

Art. 3º - Compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

2

I – adequar para a denominação “educadora ou educador social” os cargos ocupados por profissionais com o campo de atuação em contextos educativos que se enquadram no que trata os artigos 1º e 2º desta Lei;

II – Criar e prover os cargos públicos de educadoras e educadores sociais, podendo estabelecer níveis diferenciados de admissão destes profissionais de acordo com a escolaridade;

III - elaborar os Planos de Cargos, Carreira e Remuneração desta profissão.

Art. 4º - São atribuições da Educadora e do Educador Social, dentro ou fora dos âmbitos escolares, as atuações que envolvem:

I – a promoção dos direitos humanos e da cidadania;

II - a promoção da educação ambiental;

III – as pessoas e comunidades em situação de risco ou vulnerabilidade social, violência, exploração física e psicológica;

IV – os segmentos sociais excluídos socialmente, tais como mulheres, crianças, adolescentes, negros, indígenas e homossexuais;

Art. 5º - Ficam revogadas as disposições contrárias.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Justificação

No período de 24 a 26 de maio de 2015, a cidade de Maringá, Paraná, sediou o II Congresso Internacional de Pesquisadores e Profissionais de Educação Social e XIII Semana da Criança Cidadã de Maringá 2015 – Tema: Educação Social: valorização da infância.

Naquele evento foram divulgadas as ações dos educadores sociais em diversos países como Bolívia e Senegal, ali representados, bem como os trabalhos desenvolvidos por educadores sociais brasileiros como os projetos Leituras ao Vento e outros.

E teve como palestrantes: o Educador Social Moussa Sow (Senegal), Educadora Social Maria Ximena Rojas Landivar (Bolívia) e dos brasileiros Professor Doutor Mário Fernando Bolognesi, e, entre outros, da Mestre em Educação, Maria

Angelita da Silva, do Programa Multidisciplinar de Estudo, Pesquisa e Defesa da Criança e do Adolescente – PCA.

No momento em que apresentamos este projeto de lei, encontra-se em funcionamento no Senado Federal, a Comissão Parlamentar de Inquérito do Assassinato de Jovens. Os depoimentos ouvidos até o momento afirmam que os jovens negros, pobres e de baixa escolarização são as vítimas preferenciais. “O Observatório de Favelas, informou que só em 2012 os homicídios representaram 36% das causas de morte de adolescentes no país. Se esse perfil continuar estima-se que mais de 42 mil adolescentes serão assassinatos entre 2013 e 2019”.

Ora, se este é o perfil das nossas vítimas, acreditamos que a Educadora ou o Educador Social seja o profissional capaz de mudar este cenário. Aliás, não fosse o trabalho invisível desses abnegados o número dessas vítimas poderia ser bem maior.

Em 1951 foi fundada a Associação Internacional de Educadores Sociais – AIEJI, objetivando promover a união dos educadores e educadoras sociais de todos os países, contribuindo na formação e elaboração de suas competências e na consolidação desta profissão.

Ao longo dos anos, a AIEJI foi organizando vários congressos nacionais e internacionais, no sentido de concretizar estes objetivos. Em 2005, em Montevideu-Uruguai, por ocasião do 16º Congresso Internacional dos Educadores e Educadoras Sociais, e que contou com a participação de várias representações do Brasil, foi elaborada a Declaração de Montevideu, onde os Educadores e Educadoras Sociais de dezenas de países declararam:

“1. Reafirmamos e comprovamos a existência do campo da Educação Social como um trabalho específico orientado a garantir o exercício dos direitos dos sujeitos de nosso trabalho, e que nos exige permanente compromisso em seus níveis éticos, técnicos, científicos e políticos. 2. Para o cumprimento deste compromisso, é indispensável à consolidação da profissão de Educador e Educadora Social (...). 7. Os Educadores e Educadoras Sociais renovam o compromisso com a democracia, com a justiça social, com a defesa do patrimônio cultural e pela defesa dos direitos humanos, baseados na convicção de que outro mundo é possível.”

França, Holanda, Bélgica, Suíça, Itália, Uruguai, Alemanha, Canadá, Portugal, fazem parte de um movimento internacional que conta com a participação efetiva de mais de quarenta países que vêm lutando pela regulamentação e formação em nível de graduação e pós-graduação dos educadores e educadoras sociais, dos quais

muitos obtiveram êxito. Aqui no Brasil temos a Universidade Estadual de Maringá que conta que várias teses de mestrado e doutorado abordando a legislação, a formação e a grade curricular dessa profissão.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, dispõe em seu Art. 1º que a educação: “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.” Ou seja, reconhece a existência de contextos educativos situados fora dos âmbitos escolares, onde há destacada atuação das Educadoras e Educadores Sociais que fundamentam sua prática educativa, sobretudo, no legado da Educação Popular, especialmente a desenvolvida a partir da década de 70, tomando por base a influência do educador Paulo Freire.

Várias ações têm sido realizadas no sentido de dar visibilidade e promover a valorização da Educação Social e reconhecer as Educadoras e Educadores Sociais em nosso País, como:

- 1 - Encontros Estaduais de Educação Social em vários Estados;
- 2 – Criação de associações e sindicatos desta categoria;
- 3 – Aprovação de Leis criando o dia do Educador e da Educadora Social - dia 19 de setembro, dia de nascimento de Paulo Freire;
- 4 – Realização de cursos de extensão e especialização em Educação Social, além de pesquisas acadêmicas em nível de graduação e pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*.

Em 2009, os Educadores e Educadoras Sociais obtiveram a mais importante conquista no processo de reconhecimento social e profissional e no fortalecimento de sua identidade trabalhista. Foram incluídos na Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, do Ministério do Trabalho e Emprego, com a seguinte descrição:

“5153-05 – Educador Social. Descrição Sumária: Visam garantir a atenção, defesa e proteção a pessoas em situações de risco pessoal e social. Procuram assegurar seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as, identificando suas necessidades e demandas e desenvolvendo atividades e tratamento”.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, através da Secretaria Nacional de Assistência Social, em seu Guia de Orientação nº 1 para os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) orienta que a equipe

5

do CREAS deve ser composta, minimamente, em Gestão básica, por 1 Coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 advogado, 1 auxiliar administrativo e 2 educadores sociais e estagiários.

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, aponta como uma das Ações do “EIXO 3 - Marcos Normativos e Regulatórios”:

“4.1 – Regular a ocupação de educador social e elaborar parâmetros básicos de formação para o exercício da ocupação de educador social.”

Outro dado relevante é a abertura de concursos públicos para provimento de cargos de educadores e educadoras sociais, que já vem acontecendo, em pelo menos 100 municípios de 21 Estados no Brasil, tais como em 2014, o Concurso Público de Provas para provimento de 411 vagas para o cargo de Agente de Execução – Função **Educador Social**, do Quadro Próprio do Poder Executivo, do Governo do Estado do Paraná. Outros concursos foram abertos em Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro.

Por todo o exposto, solicitamos o apoio das nobres senadoras e senadores para aprovação deste projeto.

Senador **Telmário Mota**
PDT/RR

(Às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania; de Educação, Cultura e Esporte; e de Assuntos Sociais, cabendo à última decisão terminativa)

Publicado no **DSF**, de 2/6/2015

Secretaria de Editoração e Publicações – Brasília-DF
OS: 12532/2015

9

PARECER N° , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 296, de 2016, do Senador Telmário Mota, que *acrescenta o art. 72-A à Lei n° 8.213, de 24 de julho de 1991, com a finalidade de estabelecer prazo para concessão do salário-maternidade pela Previdência Social.*



Relator: Senador **HÉLIO JOSÉ**

I – RELATÓRIO

Vem a exame desta Comissão de Assuntos Sociais, o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 296, de 2016, do Senador Telmário Mota, que tem por escopo modificar a Lei n° 8.213, de 24 de julho de 1991, com a finalidade de estabelecer prazo para concessão do salário-maternidade pela Previdência Social.

O Projeto busca introduzir o art. 72-A na Lei n° 8.213, de 24 de julho de 1991 (Plano de Benefícios da Previdência Social), para determinar que:

- o salário-maternidade pago diretamente pela Previdência deverá ser concedido em até quinze dias de seu requerimento;
- se não cumprido esse prazo, o benefício será concedido automaticamente, na forma provisória;
- confirmado o preenchimento dos requisitos, o benefício será convertido para forma definitiva, se não, ocorrerá a sua cessação imediata;

- não preenchidos os requisitos, a repetição dos valores pagos somente será admitida em caso de comprovada má-fé.

Sustenta o Autor que a demora na concessão do benefício, no Distrito Federal, chega a seis meses, dada a incapacidade material do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em promover um rápido andamento dos pedidos, em razão de greves, da burocracia inerente ao sistema ou, mesmo, à insuficiência material da autoridade previdenciária.

A morosidade do INSS em cumprir sua função compromete o próprio sustento do segurado, pelo que o projeto fixa prazo de quinze dias para análise e concessão do benefício (se o caso) e estabelece sanção por seu descumprimento: a concessão provisória do benefício, somente repetível se ausentes os requisitos de concessão e caracterizada a má-fé do segurado.

O projeto foi remetido a esta Comissão para análise em caráter terminativo e até o presente momento não foram apresentadas emendas.

II – ANÁLISE

Pertence a esta Comissão, com fulcro no art. 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal, a competência para apreciar matérias que, como o caso, versem sobre seguridade social.

A Constitucionalidade formal da proposição está presente, pois observados os arts. 22, inciso XXIII, e o *caput* do art. 48 da Constituição Federal, que põem a matéria no campo da competência do Congresso Nacional, tanto no tocante à sua iniciativa quanto no tocante à sua apreciação.

Quanto ao mérito, consideramos adequado e oportuno o Projeto.

O salário-maternidade, como a maioria dos benefícios previdenciários, se destina a amparar o segurado em função do advento de condições em que se torna impossível o exercício normal da atividade profissional do trabalhador. No caso, como sabemos, trata-se primordialmente da proteção da criança (recém-nascida, na maior parte dos casos), para que possa desfrutar do cuidado integral de seus pais durante os primeiros dias de sua vida – além disso, também tem a função de auxiliar a gestante durante o período final da gravidez e durante o período de



recuperação pós-gestacional, bem como, no caso de adoção, facilitar a adaptação da família à sua nova situação.

Nesse sentido, a excessiva demora na concessão do benefício constitui um fardo muitas vezes insustentável para os beneficiários diretos (os segurados) e indiretos (as crianças e, em sentido amplo, a unidade familiar). Isso é ainda mais verdadeiro nos casos em que o benefício é pago diretamente pelo INSS, caso em que a responsabilidade pela demora pode ser exclusivamente atribuída ao órgão público.

A proposição busca transferir o ônus pela demora causada pelo INSS ao próprio órgão. Essa solução nos parece justa, dado que as necessidades sociais objetivadas pelo salário-maternidade são, em nossa opinião, mais relevantes que as dificuldades internas oriundas do próprio órgão previdenciário.

Destarte, justo e adequado que ao INSS seja transferido esse ônus, não às famílias, como atualmente sói acontecer. O Projeto, ademais, não promove extensão ou majoração de benefícios, inexistindo, portanto, necessidade de demonstração de fonte de custeio para sua aplicação.

Consideramos apenas que, para melhor equilíbrio entre necessidades sociais e necessidade do órgão público, melhor seria estabelecer prazo um pouco mais amplo de concessão automática do benefício, de trinta dias, de forma a possibilitar melhor adequação do INSS às exigências da Lei.

III – VOTO

Do exposto, o voto é pela aprovação do PLS nº 296, de 2016, com a seguinte emenda:

EMENDA Nº - CAS

Dê-se ao *caput* do art. 72-A da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, na forma do art. 1º, a seguinte redação:

Art. 1º



“**Art. 72-A.** No caso de salário-maternidade pago diretamente pela Previdência Social, o benefício será concedido no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar do requerimento administrativo.

.....”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 296, DE 2016

Acrescenta o art. 72-A à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, com a finalidade de estabelecer prazo para concessão do salário-maternidade pela Previdência Social.

AUTORIA: Senador Telmário Mota

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2016

Acrescenta o art. 72-A à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, com a finalidade de estabelecer prazo para concessão do salário-maternidade pela Previdência Social.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 72-A:

“**Art. 72-A.** No caso de salário-maternidade pago diretamente pela Previdência Social, o benefício será concedido no prazo de até 15 (quinze) dias, a contar do requerimento administrativo.

§ 1º O descumprimento do prazo previsto no *caput* deste artigo acarreta a concessão provisória e automática do salário-maternidade, sem prejuízo da posterior análise do cumprimento dos requisitos legais pela Previdência Social.

§ 2º A concessão provisória do salário-maternidade, na forma do § 1º deste artigo, não impede que a Previdência Social efetue a cessação imediata do benefício, caso verifique, posteriormente, que o requerente não preenche os requisitos legais para obtenção do benefício.

§ 3º Na hipótese de verificação pela Previdência Social de que o beneficiário ou beneficiária cumpriu os requisitos para obtenção do benefício, a concessão provisória do salário-maternidade será convertida em definitiva.

§ 4º Os valores recebidos no período de concessão provisória do salário-maternidade não estão sujeitos à repetição, salvo comprovada má-fé.”



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Recentemente, a greve dos servidores do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) acabou atrasando a concessão de diversos benefícios previdenciários.

Mesmo após o término do movimento paredista, o atendimento, nos postos da Previdência Social, está longe de voltar à normalidade. Em relação especificamente ao salário-maternidade, a imprensa noticiou que a demora na concessão do citado benefício, em Brasília, pode chegar a 6 (seis) meses. Segundo o INSS, “quase 170 mil mulheres, no País todo, estão na fila esperando chegar o dia do agendamento” (<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/03/inss-de-brasilia-da-prazo-de-6-meses-para-liberar-licenca-maternidade.html>).

A morosidade na concessão de benefícios previdenciários é histórica, caracterizando grave problema social, na medida em que a natureza alimentar da prestação previdenciária não admite o deferimento tardio do benefício.

No tocante ao salário-maternidade pago diretamente pela autarquia previdenciária, o problema, ao que parece, afigura-se mais grave, o que motivou a apresentação da presente proposição.

De fato, a falta de estipulação de um prazo legal para concessão do salário-maternidade gera grande angústia nas mulheres, que acabaram de suportar os efeitos da gestação, e nas pessoas que optam pela adoção ou guarda judicial para fins de adoção. Isso porque a finalidade do salário-maternidade é justamente substituir a renda que a prestadora ou prestador de serviços auferiria se permanecesse exercendo sua atividade profissional ou empresarial.



SF/16058.84807-18



SENADO FEDERAL
Senador TELMÁRIO MOTA

Portanto, o não recebimento do benefício em apreço, em curto espaço de tempo, compromete o próprio sustento do segurado, não sendo razoável, à evidência, que o beneficiário da Previdência Social fique à mercê da greve dos servidores do INSS.

Demais disso, não se pode dissociar a lentidão no agendamento do salário-maternidade da burocracia inerente ao processo concessório do benefício, sendo imperativo que o poder público se aproxime cada vez mais do cidadão, assegurando-lhe o desejado bem-estar social.

O presente Projeto, nesse cenário, busca agilizar o processo administrativo atinente ao salário-maternidade, em consonância com os princípios constitucionais da celeridade, da eficiência, da proporcionalidade e da dignidade da pessoa humana, além de reconhecer que o Estado tem o dever de concretizar os direitos sociais previstos na Constituição de 1988, mormente aqueles relacionados às áreas da saúde, da previdência e da assistência aos desamparados.

No entanto, a celeridade perseguida na proposição em tela seria inócua se inexistisse uma sanção pelo descumprimento do prazo legal, razão pela qual a inobservância do prazo de 15 dias implicará a concessão “provisória” do salário-maternidade, sem prejuízo da posterior análise do cumprimento dos requisitos legais pela Previdência Social.

Ante o exposto, considerando a relevância da matéria, solicitamos aos nobres pares o necessário apoio para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões,

Senador TELMÁRIO MOTA



LEGISLAÇÃO CITADA

[Constituição de 1988 - 1988/88](#)

[Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991 - 8213/91](#)

10



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 43, de 2017, do Senador Zeze Perrella, que *determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.*

Relator: Senador **AIRTON SANDOVAL**

I – RELATÓRIO

Em exame nesta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 43, de 2017, do Senador Zeze Perrella, que *determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.*

O art. 1º da proposição determina a inserção, nas bulas de medicamentos, de advertências dirigidas aos atletas, no sentido de sempre consultarem a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos, definida pelo Código Mundial Antidopagem, quando do consumo de medicamentos. O art. 2º é a cláusula de vigência e concede prazo de cento e oitenta dias para que a lei entre em vigor, contado a partir de sua publicação.

Na justificção do PLS nº 43, de 2017, o Autor informa que é responsabilidade do atleta informar-se sobre a vedação ao uso de determinado medicamento pela Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem.



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

Nesse sentido, a proposição busca instituir um alerta adicional para os atletas, caso necessitem consumir medicamentos para tratar doenças ou mitigar seus sintomas. É importante que estejam cientes da importância dos efeitos do uso dessas substâncias farmacológicas sobre sua performance esportiva e as implicações desse uso no cumprimento das normas antidopagem, esclarece o Autor.

A proposição foi distribuída à apreciação deste colegiado para decisão em caráter terminativo. Esgotado o prazo regimentalmente previsto, não foi objeto de emendas.

II – ANÁLISE

Preliminarmente, cumpre apontar que o PLS nº 43, de 2017, foi distribuído à apreciação deste colegiado com fundamento no inciso II do art. 100 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), que confere à CAS competência para opinar sobre proposições que digam respeito a proteção e defesa da saúde e a produção, controle e fiscalização de medicamentos. A competência para decidir terminativamente sobre o projeto, por sua vez, está fundamentada no inciso I do art. 91 do Risf.

A dopagem, mais popularmente conhecida por seu nome em idioma inglês, *doping*, caracteriza-se pelo uso de qualquer substância proibida pela regulamentação esportiva instituída pelo Comitê Olímpico Internacional (COI). Geralmente busca-se melhorar o desempenho esportivo com essa conduta.

O uso de substâncias para melhorar o desempenho em competições é conhecido desde a Antiguidade, mas ganhou impulso significativo após a Segunda Guerra Mundial – em função da disponibilização de produtos desenvolvidos inicialmente para melhorar o desempenho dos soldados – e durante a Guerra Fria, pela supervalorização das competições esportivas como forma de propaganda política.

Hoje sabemos que muitos dos superatletas produzidos pela antiga União Soviética eram fruto de doses absurdas de hormônios esteroides, que provocaram inúmeras mortes e sequelas em desportistas



SF171316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

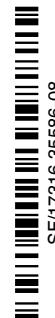
daquele país. No lado ocidental a história não foi diferente, com a banalização do uso de substâncias hoje banidas, a fim de superar seus adversários nas quadras, ringues e pistas de ciclismo e atletismo.

Diante dessa situação preocupante, o COI criou, em 1967, uma comissão formada por médicos para combater o crescimento da dopagem. Por meio da análise da urina do atleta, facilmente coletada, era possível detectar as substâncias proibidas à época. Desde então, a guerra à dopagem não parou de evoluir, incluindo a criação da Agência Mundial Antidopagem pelo COI. Mas a criatividade dos que pretendem obter vantagens escusas nas competições parece ser ilimitada, de modo que o problema da dopagem permanece grave e atual.

É preciso esclarecer, todavia, que muitos medicamentos disponíveis nas farmácias e drogarias e por nós usados no dia a dia constam da Lista de Substâncias e Métodos Proibidos da Agência Mundial Antidopagem. São produtos desenvolvidos para tratar doenças, mas que se mostraram úteis para o desempenho dos atletas, a exemplo dos hormônios. E há também os medicamentos que não influenciam a performance esportiva, mas são empregados para impedir a detecção das substâncias estimulantes nos testes antidopagem.

Nesse sentido, o projeto de lei sob análise é oportuno para alertar os atletas sobre a necessidade de consultar a lista de substâncias proibidas antes de consumir medicamentos. Considerando que mesmo fármacos sem qualquer influência sobre a atividade desportiva podem ter seu uso vedado, é fundamental ter extrema cautela para evitar o consumo inadvertido de um produto que, uma vez detectado nos exames antidopagem, pode resultar em profundo revés na carreira do atleta.

No tocante à constitucionalidade, nada obsta à aprovação do projeto, que trata de matéria sobre a qual cabe ao Congresso Nacional dispor e à União legislar concorrentemente com os estados e o Distrito Federal. É o que determinam os incisos IX e XII do art. 24 da Constituição Federal. Igualmente, não há óbice quanto à iniciativa parlamentar, pois a matéria não se inclui entre as listadas no § 1º do art. 61 da Carta Magna, onde são especificadas aquelas de iniciativa privativa do Presidente da República.



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

No que concerne à técnica legislativa, no entanto, observa-se violação do art. 7º, IV da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis. Esse dispositivo determina que “o mesmo assunto não poderá ser disciplinado por mais de uma lei, exceto quando a subsequente se destine a complementar lei considerada básica, vinculando-se a esta por remissão expressa”.

Dessa forma, considerando que o art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências*, já dispõe sobre as bulas, o mais indicado seria acrescentar parágrafo ao referido dispositivo.

Oferecemos, então, emenda integral, para sanar os óbices apontados e aprimorar a iniciativa do Senador Zeze Perrella.

III – VOTO

Em visto do exposto, o voto é pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 43, de 2017, na forma da seguinte emenda:

EMENDA Nº – CAS (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, DE 2017

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que *dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências*, para determinar que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador AIRTON SANDOVAL

atualizada de substâncias e métodos proibidos
antes de consumir medicamentos.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 57 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976,
passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

"Art. 57.

.....

§ 3º As bulas de medicamentos trarão advertência dirigida aos
atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de
substâncias e métodos proibidos, definida em conformidade com o
Código Mundial Antidopagem, antes de consumir medicamentos."
(NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta
dias de sua publicação oficial.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator



SF/17316.35586-08



SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 43, DE 2017

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.

AUTORIA: Senador Zeze Perrella

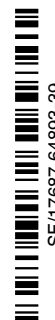
DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Determina que as bulas de medicamentos tragam advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos antes de consumir medicamentos.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º As bulas de medicamentos trarão advertência dirigida aos atletas sobre sua obrigação de consultar a lista atualizada de substâncias e métodos proibidos, definida em conformidade com o Código Mundial Antidopagem, antes de consumir medicamentos.

Art. 2º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O sítio eletrônico da Autoridade Brasileira de Controle de Dopagem (ABCD) esclarece que, segundo o Código Mundial Antidopagem, é responsabilidade de cada atleta assegurar que nenhuma substância proibida relacionada na Lista de Substâncias e Métodos Proibidos, da Agência Mundial Antidopagem (AMA), seja ingerida ou entre em contato com seu corpo. E lembra que é inútil tentar justificar que não houve intenção ou transferir a culpa para outra pessoa ou alegar negligência do médico, porque isso não elimina a violação das regras antidopagem.

A ABCD salienta que o atleta encontra as informações necessárias sobre o assunto tanto em seu próprio *site* quanto no da AMA e que, em caso de dúvidas, o atleta deve buscar aconselhamento junto às entidades esportivas da qual faz parte e também conversar com seu treinador, seu médico e demais profissionais que integram a equipe técnica.

A Autoridade lembra que todo atleta precisa saber que o consumo de uma substância proibida sem a Autorização de Uso Terapêutico (AUT), válida e emitida pelo órgão competente, constitui violação do Código Mundial Antidopagem. Isso significa que o esportista só pode tomar um medicamento que contenha substância proibida em sua composição depois de solicitar e obter uma AUT.

A AUT é a autorização, com validade pré-determinada, que o atleta precisa solicitar à ABCD caso necessite utilizar, por razões terapêuticas, um medicamento que possua substância proibida; a AUT será concedida se não existir uma opção de tratamento alternativo ou se forem atendidos todos os critérios presentes no Padrão Internacional para Autorização de Uso Terapêutico da AMA.

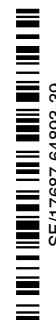
Segundo a ABCD, o Código Mundial Antidopagem reconhece o direito de os atletas receberem o melhor tratamento em caso de doença. Assim, se o único medicamento adequado para tratar sua doença contém uma substância proibida, o atleta precisa solicitar uma AUT e o pedido será analisado por uma comissão de médicos preparada para cumprir os critérios de permissão para autorização.

A ABCD esclarece ainda que não é o médico que tem o dever de perguntar se o paciente é atleta ao prescrever um medicamento contendo uma substância proibida; é o próprio atleta que tem a obrigação de informar seu médico sobre as restrições impostas pelas normas antidopagem.

Em caso de emergência médica, a Autoridade aconselha o atleta a consultar imediatamente seu médico para que ele solicite à ABCD uma AUT em caráter emergencial, se os medicamentos prescritos contiverem substâncias proibidas.

E lembra que, mesmo se não estiver em período de competição, o atleta deve sempre consultar a Lista de Substâncias e Métodos Proibidos e, se necessário, solicitar uma AUT, pois nesse período pode acontecer um Controle Fora-de-Competição.

Em tal contexto, esta proposição que apresentamos busca instituir um alerta adicional para os atletas. Na eventualidade de eles terem de consumir medicamentos para tratar doenças ou aliviar sintomas de saúde, é essencial que eles se lembrem da importância de se informar sobre os efeitos do uso dessas



SF/17687.64893-39

substâncias farmacológicas em sua performance esportiva e as implicações desse uso no cumprimento das normas antidopagem.

Nossa intenção, assim, é ajudar nossos atletas a evitar o *doping* e contribuir para a boa imagem do esporte nacional.

Sala das Sessões,

Senador **ZEZE PERRELLA**



11

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 92, de 2017, da Senadora Rose de Freitas, que *acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.*



RELATOR: Senador **PAULO PAIM**

I – RELATÓRIO

Vem ao exame desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS) o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 92, de 2017, da Senadora Rose de Freitas, que acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

A autora justifica a proposição na necessidade de se complementar a proteção conferida às crianças pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que permite, por um dia no ano, o afastamento do trabalhador de seu posto de trabalho para acompanhar filho de até seis anos de idade em consulta médica.

De acordo com a nobre Senadora, a tutela conferida pelo diploma legislativo em pauta afigura-se demasiadamente tímida, por dela excluir crianças maiores de seis anos de idade e adolescentes, que, também, demandam atenção de seus genitores para a preservação de sua saúde.

Além disso, a autora considera recomendável ampliar o leque protetivo do referido inciso XI do art. 473, possibilitando a ausência do posto de trabalho por até dois dias a cada semestre, para acompanhar filho menor de 18 anos, a consulta médica, comprovada por atestado de comparecimento,

sendo vedada a incidência de descontos no salário do trabalhador e permitida a compensação de jornadas, observado o limite de duas horas diárias.

A proposição foi distribuída a esta CAS, em caráter terminativo.

Não houve, até o momento, a apresentação de emendas.

II – ANÁLISE

Nos termos do art. 22, I, da Constituição Federal, incumbe à União legislar privativamente sobre direito do trabalho, motivo pelo qual ao mencionado ente federado é atribuída a prerrogativa de disciplinar a matéria objeto do PLS nº 92, de 2017.

Além disso, não se trata de questão cuja iniciativa seja reservada ao Presidente da República, aos Tribunais Superiores ou ao Procurador-Geral da República, motivo pelo qual aos parlamentares, nos termos do art. 48 da Constituição Federal, é franqueado iniciar o processo legislativo sobre ela.

Adequada a atribuição da matéria à CAS, uma vez que os arts. 91, I, e 100, I, do Regimento Interno do Senado Federal (RISF) a ela conferem a prerrogativa para apreciação terminativa da matéria em exame.

Ressalte-se, ainda, que não se trata de tema cuja disciplina exija a aprovação de lei complementar, motivo pelo qual a lei ordinária é o instrumento apto à inserção dele no ordenamento jurídico nacional.

No mérito, verifica-se que a proposição concretiza o postulado da proteção integral, localizado no art. 227 da Carta Magna, segundo o qual é dever do Estado e da sociedade garantir à criança e ao adolescente o direito à saúde.

Tal direito passa, necessariamente, pela avaliação periódica do estado de saúde dos tutelados pela citada norma constitucional, o que somente pode ser viabilizado, caso se disponibilize aos pais o tempo necessário para tanto.

No serviço público, já há, no art. 83 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, permissão para que os genitores se afastem de seu trabalho para cuidar de seus filhos menores de dezoito anos. O aludido



SF/17048.92140-07

dispositivo prevê que o afastamento possa se dar por até sessenta dias, sem a perda da remuneração do servidor.

O postulado da isonomia (art. 5º, *caput*, da Constituição Federal) impõe que tratamento semelhante seja conferido aos trabalhadores da iniciativa privada, sob pena de alijarmos os filhos dos empregados regidos pelo texto celetista da proteção constitucional em exame.

Por isso, recomenda-se a aprovação do PLS nº 92, de 2017, como maneira de se conferir efetividade aos dispositivos constitucionais acima elencados e de se prestigiar a tão propalada função social da propriedade (art. 5º, XXIII, da Constituição Federal) nas relações entre capital e trabalho no Brasil.

III – VOTO

Ante o exposto, vota-se pela aprovação do PLS nº 92, de 2017.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 92, DE 2017

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.

AUTORIA: Senadora Rose de Freitas

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº DE 2017

Acrescenta parágrafo único ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para vedar o desconto do atestado de comparecimento.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 473.**

.....
XI – 2 (dois) dias a cada seis meses para acompanhar filho menor de 18 (dezoito) anos em consulta médica.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no inciso XI, é vedado ao empregador descontar as horas em que o trabalhador sendo mãe, pai ou responsável tenha se ausentado do trabalho para acompanhar filho menor de 18 (dezoito) anos, a consulta médica, comprovada por atestado de comparecimento, permitida a compensação de jornada de trabalho, até o limite de 2 (duas) horas diárias.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Apresento o presente Projeto de Lei para complementar, de forma necessária, a modificação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, que foi instaurada pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.

Referida Lei introduziu no art. 473 da CLT a possibilidade de que o trabalhador possa se ausentar por um dia de trabalho ao ano para acompanhar filho de até seis anos a consulta médica. Ao fazê-lo, buscou ressaltar o apoio ao bem estar da infância que a sociedade e o legislador sempre buscaram ressaltar.

Não obstante a importância dessa disposição, entendemos que a atual redação da CLT peca por sua excessiva timidez. Com efeito, ao limitar a possibilidade de acompanhamento médico unicamente aos filhos de até seis anos, o legislador deixou de contemplar boa parte, senão a maior parte dos trabalhadores e das crianças brasileiras, além da totalidade dos adolescentes.

É verdade que as crianças menores são mais suscetíveis às doenças típicas da infância, a justificar essa atenção especial da Lei, mas crianças maiores de seis anos, se não costumam ficar doentes com a mesma frequência, também são amplamente dependentes dos pais para obter os necessários cuidados médicos. O mesmo pode ser dito, *mutatis mutandi*, em relação aos adolescentes, muito menos dependentes dos pais, mas que ainda podem precisar de seu auxílio.

É muito comum em grande parte das empresas, descontar da remuneração do empregado as horas prescritas no atestado de comparecimento por dia de serviço, ressalto que ao menor de 16 anos não é prestada a assistência à saúde sem o acompanhamento de responsável.

Por esse motivo, apresentamos a presente proposição, que modifica a atual redação do inciso XI do art. 473 da CLT e garante justificação da falta do empregado para acompanhamento a consulta de filho menor de qualquer idade. Além disso, estabelece que não poderão ser

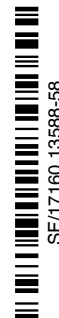


descontadas as horas despendidas em acompanhamento a consulta dos filhos, permitindo-se, contudo, a compensação de jornada.

Acreditamos que o presente projeto complementa de forma adequada a intenção já manifestada pelo legislador e representará um grande avanço para a saúde da infância e adolescência.

Sala das Sessões,

Senadora ROSE DE FREITAS



SF/17160.13588-58

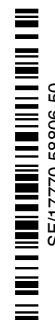
LEGISLAÇÃO CITADA

- Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de Maio de 1943 - Legislação Trabalhista; Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); CLT - 5452/43
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto.lei:1943;5452>
 - artigo 473
 - inciso XI do artigo 473
- Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016 - MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA - 13257/16
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2016;13257>

12

PARECER Nº , DE 2017

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 161, de 2017, do Senador Paulo Bauer, que altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor sobre o auxílio-inclusão.



Relator: Senador **DALIRIO BEBER**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 161, de 2017, de autoria do Senador Paulo Bauer, altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), para dispor sobre o auxílio-inclusão. Atualmente, esse dispositivo apenas prevê que o auxílio-inclusão será pago à pessoa com deficiência moderada ou grave que receba o benefício de prestação continuada (BPC) e passe a exercer atividade remunerada que a enquadre como segurada obrigatória do Regime Geral de Previdência Social. Conforme prevê a proposição, o auxílio também será devido à pessoa com deficiência que tenha recebido o BPC nos últimos cinco anos e exerça atividade remunerada nesses moldes.

O autor justifica sua iniciativa explicando que a falta de regulamentação relativa à avaliação da severidade das deficiências impede o pagamento do auxílio-inclusão, que deve beneficiar apenas as pessoas com deficiência moderada ou grave. Menciona que falta, também, definir o valor do auxílio, previsto apenas nominalmente. Dessa forma, o auxílio-inclusão existe apenas como moldura legal incompleta, inexistindo quaisquer condições para o seu efetivo pagamento. Além dessas questões, quanto ao mérito, o autor argumenta que muitas pessoas com deficiência podem ter receio de buscar emprego e, com isso, perder o recebimento do BPC, que é

uma renda pequena, mas segura, ao passo que estariam sujeitas a perder o novo emprego e ficar sem o salário e sem o benefício.

O PLS nº 161, de 2017, preenche as lacunas indicadas pelo autor ao justificar a proposição: declara que o auxílio inclusão tem caráter indenizatório, impedindo a incidência de encargos sobre os valores recebidos; fixa seu valor em dez por cento do valor do BPC recebido pela pessoa com deficiência; determina que o pagamento do BPC seja suspenso quando a pessoa com deficiência passe a exercer atividade remunerada que permita o recebimento do auxílio-inclusão; estabelece como condição para que comece o pagamento do auxílio a comprovação, pelo interessado, do início de atividade remunerada; estabelece o prazo de um ano para a duração do pagamento desse auxílio, a menos que o BPC seja reativado antes do decurso desse prazo; autoriza a reativação do BPC suspenso caso a pessoa com deficiência perca a atividade remunerada, dispensando a realização de perícia caso a reativação do BPC seja solicitada a menos de dois anos da última revisão desse benefício; determina que o pagamento do auxílio-inclusão seja custeado com recursos do orçamento da seguridade social; prevê a vigência dessas regras a partir do dia 1º de janeiro do ano seguinte ao da publicação da lei resultante dessa proposição.

O PLS nº 161, de 2017, foi distribuído apenas a esta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), para análise em caráter terminativo.

Não foram recebidas emendas.

II – ANÁLISE

Preliminarmente, é necessário mencionar que não identificamos, no PLS nº 161, de 2017, qualquer afronta às normas constitucionais que estabelecem limites ao poder de legislar, à competência da União para dispor sobre a matéria nele veiculada, ou à reserva de iniciativa. Também não há ressalvas quanto à juridicidade e à técnica legislativa.



A iniciativa é meritória, pois trata de dar condições para que o auxílio-inclusão, até hoje apenas previsto, comece a ser pago, estimulando as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC a buscar sua inclusão laboral, conquistando autonomia sem motivos para temer a perda da garantia do mínimo vital que o BPC representa. Para as pessoas com deficiência que tenham recebido o BPC nos últimos cinco anos e exerçam atividade remunerada, o auxílio-inclusão vem como um pequeno complemento de renda, ajudando a cristalizar a conquista da autonomia.

Sem prejuízo de reconhecermos o mérito da proposição, temos a possibilidade de suprir, nesta oportunidade, duas lacunas que identificamos no seu texto.

A primeira delas é a falta de critérios para avaliação das pessoas com deficiência, já que, conforme prevê o *caput* vigente do art. 94 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o auxílio-inclusão deve ser pago apenas às pessoas com deficiência moderada ou grave. Há critérios esparsos em decretos, portarias e em publicações médicas para avaliação do grau de severidade de deficiências, contudo nenhuma dessas fontes abrange todos os tipos de deficiência, além de serem limitadas para fins específicos, como a obtenção de aposentadoria especial.

Esses critérios, além de serem nebulosos, fragmentados e não automaticamente aproveitáveis para fins de concessão do auxílio-inclusão, podem ter sua validade jurídica questionada, por incompatibilidade com a Lei nº 13.146, de 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência. O § 2º do art. 2º dessa lei diz que “O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência”, enquanto o § 1º do mesmo artigo determina que a avaliação “será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar”, levando em consideração aspectos como “impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo”, “fatores socioambientais, psicológicos e pessoais”, “limitação no desempenho de atividades” e “restrição de participação”. Os instrumentos que a lei expressamente demanda ainda não foram criados, de modo que o pagamento do auxílio inclusão, sendo submetido à aplicação de um critério inexistente, seria letra morta.



Propomos, então, eliminar a menção à gradação da deficiência no *caput* do art. 94 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, pois esse requisito, além de ser impossível de preencher sem que o Poder Executivo defina os critérios para avaliação do grau de severidade da deficiência, é incongruente com os critérios adotados para concessão do BPC, pertinentes somente à condição de pessoa com deficiência e ao limite de renda familiar mensal *per capita* estabelecidos na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

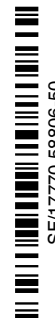
A segunda lacuna consiste no fato de que a proposição apenas menciona que o pagamento do auxílio-inclusão será custeado com recursos do orçamento da seguridade social. O art. 195 da Constituição proíbe que qualquer benefício ou serviço da seguridade social seja criado, majorado ou estendido sem a indicação de fonte de custeio total. Ademais, a falta de previsão de impacto orçamentário e financeiro está em desacordo com o que demanda o art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, além de afrontar o disposto nos arts. 16 e 17 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Isso dificulta a aprovação da matéria ainda no Legislativo e dá fundamento para veto presidencial caso a matéria seja aprovada sem tais requisitos, ou para questionamento judicial de sua constitucionalidade e de sua juridicidade, caso seja sancionada. Para suprir essa lacuna, juntamos à proposição as informações prestadas pela Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado Federal (Conorf).

A Nota Técnica da Conorf 145/2017, que tratou do impacto orçamentário e financeiro do PLS 161, de 2017 que "altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor sobre o auxílio-inclusão", considera ser plausível a hipótese de que com o advento das regras, o projeto consiga aumentar em, pelo menos, 11,11% a taxa de desligamento dos beneficiários deficientes por inserção no mercado de trabalho. Sendo assim, pode-se concluir que o projeto não trará impacto orçamentário e financeiro, estando compatível com as regras do § 5º do art. 195 da Constituição; do art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dos arts. 16 e 17 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Finalmente, temos uma pequena sugestão para evitar possíveis interpretações limitantes do disposto no § 6º que o PLS nº 161, de 2017, acrescenta ao art. 94 do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esse dispositivo



diz que “Na hipótese de encerramento da atividade remunerada, a pessoa com deficiência poderá voltar a receber o benefício de prestação continuada suspenso, mediante requerimento e comprovação do encerramento da atividade. Propomos substituir a palavra “poderá” por “terá direito de”, de modo que não reste dúvida de que o restabelecimento do BPC é um direito condicionado apenas à vontade da pessoa com deficiência, mediante requerimento.



III – VOTO

Em razão do que foi exposto, concluímos pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 161, de 2017, com as seguintes emendas:

EMENDA Nº - CAS

Dê-se ao caput do art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, conforme previsto no art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 161, de 2017, a seguinte redação:

“**Art. 94.** Terá direito a auxílio inclusão a pessoa com deficiência que:”

EMENDA Nº - CAS

Dê-se ao § 6º do art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, conforme previsto no art. 1º do Projeto de Lei do Senado nº 161, de 2017, a seguinte redação:

“§6º Na hipótese de encerramento da atividade remunerada, a pessoa com deficiência terá direito de voltar a receber o benefício de prestação continuada suspenso, mediante requerimento e comprovação do encerramento da atividade.”

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator





SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 161, DE 2017

Altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor sobre o auxílio-inclusão.

AUTORIA: Senador Paulo Bauer

DESPACHO: À Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa



[Página da matéria](#)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2017

Altera o art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, para dispor sobre o auxílio-inclusão.



O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 94 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, passa a vigorar com acréscimo dos seguintes parágrafos:

“**Art. 94.**

.....
 § 1º O auxílio-inclusão tem caráter indenizatório.

§ 2º O valor do auxílio-inclusão será equivalente a 10% (dez por cento) do valor do benefício de prestação continuada recebido pela pessoa com deficiência.

§ 3º O pagamento do auxílio-inclusão terá início mediante comprovação, pela pessoa com deficiência, do exercício de atividade remunerada.

§ 4º O auxílio-inclusão será pago pelo período de um ano, ou até a eventual reativação do pagamento do benefício de prestação continuada que houver sido suspenso, na hipótese do § 6º.

§ 5º O pagamento do benefício de prestação continuada à pessoa com deficiência que passe a exercer atividade remunerada conforme previsto neste artigo ficará suspenso enquanto perdure tal atividade, podendo ser reativado, na hipótese do § 6º.

§ 6º Na hipótese de encerramento da atividade remunerada, a pessoa com deficiência poderá voltar a receber o benefício de prestação continuada suspenso, mediante requerimento e comprovação do encerramento da atividade.

§ 7º Na hipótese do § 6º, caso a reativação seja requerida a menos de dois anos da última revisão realizada em conformidade com o disposto no art. 21 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, não será exigida nova perícia, além daquelas previstas nessa lei.

§ 8º O pagamento do auxílio-inclusão será custeado com recursos do orçamento da seguridade social. (NR)”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos a partir do dia 1º de janeiro do ano seguinte ao de sua publicação.

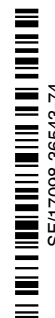
JUSTIFICAÇÃO

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, criou o auxílio-inclusão, a ser pago à pessoa com deficiência moderada ou grave que receba, ou tenha recebido nos últimos 5 anos, o benefício de prestação continuada (BPC) e passe a exercer atividade remunerada que a enquadre como segurada obrigatória do Regime Geral de Previdência Social. Contudo, a falta de regulamentação relativa a aspectos fundamentais desse auxílio, como o valor e as condições para recebimento, impediu a sua efetivação.

Vemos mérito no auxílio criado, pois muitas pessoas com deficiência que recebem o BPC temem perder o benefício assistencial que garante condições mínimas para seu sustento, caso passem a exercer atividade remunerada. A possibilidade de perder o novo emprego agrava e justifica essa preocupação, pois deixaria a pessoa com deficiência sem a renda do trabalho e sem o benefício assistencial, numa situação pior do que a inicial, quando tinha apenas o BPC, mas estava segura de seu pagamento.

Propomos, então, que o auxílio-inclusão passe a ser pago num valor equivalente a 10% do BPC recebido pela pessoa com deficiência que passa a exercer atividade remunerada, ficando suspenso este benefício assistencial. Em caso de encerramento da atividade remunerada, preserva-se a possibilidade de reativação do BPC, sem necessidade de nova perícia para esse fim. Dessa forma, as pessoas com deficiência terão mais segurança para buscar sua inclusão laboral, sem o desestímulo do receio de perder a renda pequena, mas segura, do BPC, e com a garantia de voltar a receber esse pagamento caso dele necessitem.

A proposição ainda dispõe que o auxílio-inclusão tem caráter indenizatório, refletindo seu papel compensatório com relação às barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência e afastando claramente a incidência de encargos que somente seriam pertinentes a pagamentos de caráter remuneratório, o que não é o caso.



SF/17098.36543-74

Em cumprimento ao disposto no art. 113 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que trata do Novo Regime Fiscal; no art. 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), e nos arts. 117 e 118, § 3º, da Lei nº 13.408, de 26 de dezembro de 2016 (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO para 2017), a renúncia de receita provocada pela conversão em lei deste projeto foi estimada pela Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle do Senado em R\$ [*preencher após consultar a Conorf*] para o ano de 2018, R\$ [*preencher após consultar a Conorf*] para o ano de 2019 e R\$ [*preencher após consultar a Conorf*] para o ano de 2020.

Por essas razões, solicito o apoio dos ilustres Pares à proposição ora apresentada, que certamente será mais um passo na construção de uma sociedade inclusiva, que todos desejamos.

Sala das Sessões,

Senador PAULO BAUER



SF/17098.36543-74

LEGISLAÇÃO CITADA

- [urn:lex:br:federal:ato.disposicoes.constitucionais.transitorias:1988;1988](http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:ato.disposicoes.constitucionais.transitorias:1988;1988)
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:ato.disposicoes.constitucionais.transitorias:1988;1988>
 - artigo 113
- Lei Complementar nº 101, de 4 de Maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal - 101/00
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei.complementar:2000;101>
 - artigo 14
- Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social; LOAS - 8742/93
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1993;8742>
 - artigo 21
- Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - 13146/15
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2015;13146>
 - artigo 94
- Lei nº 13.408, de 26 de Dezembro de 2016 - Lei de Diretrizes Orçamentárias (2017); LDO - 13408/16
<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2016;13408>
 - artigo 117
 - parágrafo 3º do artigo 118