

Ata da 5ª Assembleia do CONASS em 2021 – 26/05/2021. Aos vinte e seis dias do mês de maio do ano de dois mil e vinte e um, por meio de vídeo conferência, reuniram-se os membros titulares do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e/ou seus representantes oficialmente declarados, de modo presencial e virtual, que sob a presidência de Carlos Eduardo de Oliveira Lula realizaram a 5ª assembleia geral do Conass, em 2021. Para o comparecimento virtual, foi utilizada plataforma *Google Hangouts Meet* cuja distribuição de pontos de acesso esteve sob coordenação da secretaria executiva do Conass, com organização centralizada na cidade de Brasília, na sede do Conass, localizada no Edifício Parque Cidade Corporate, localizado no SCS, quadra 9, Torre C, sala 1105, conforme convocação em termos estatutários. O Presidente do Conass, Carlos Eduardo Lula, iniciou os debates e deliberações da 5ª assembleia ordinária acerca dos seguintes temas: **1- Abertura, discussão e aprovação da ata da 4ª assembleia do CONASS, realizada no dia 28 de abril de 2021. 2- Apresentação do Plano Nacional de Atuação do Poder Judiciário (Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade). 3- Pauta da CIT: 3.1 Abertura dos Trabalhos: Ministro de Estado da Saúde, OPAS/OMS, Conasems e Conass. a) Panorama da Pandemia Covid-19 e Ações de Enfrentamento: i. Painel epidemiológico da Covid-19 – SVS/MS. ii. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Covid-19 – SVS/MS. iii. Situação dos Leitos Covid-19 – SAES/MS. 3.2 – Discussões e Pactuações: 3.2.1 Portaria que institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, destinado ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Covid-19. 3.3 Apresentações e Discussões: a) Plano Nacional de testagem do Sars-CoV-2 – GAB/MS. b) Estratégia Tripartite para o Fortalecimento da Gestão e Governança no SUS: panorama das adesões e próximos passos – DGIP/SE/MS, Conass e Conasems. c) Curso Técnico dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Conasems. d) Painel de cadastro de pessoas no Previne Brasil – Conasems. 3.4 Informe: a) Programação da Distribuição dos Medicamentos Destinados ao Programa de Doença de Chagas – SCTIE/MS b) Alteração da data da CIT de junho/2021 – DGIP/SE/MS Reginaldo Ramos Machado – Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. c) Operação Vida: monitoramento final – DGIP/SE/MS. 4 Apresentações e discussões. 4.1 Apresentação e adesão ao projeto ProadiSUS - Programa de Cuidados Paliativos no SUS- Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar; 4.2 Necessidade de capacitação para os trabalhadores em sala de vacina. 5 Informes: 5.1 PNI: vacinação contra Covid-19; 5.2 Informe sobre ColetaKit (Medicamentos IOT); 5.3 Distribuição dos Concentradores de Oxigênio - finalidade, critérios e entrega aos estados e municípios; 5.4 Situação atual sobre autorizações dos leitos de UTI SRAG/ COVID 19 e habilitações de LSVP. 1- Abertura, discussão e aprovação da ata da 4ª assembleia do CONASS, realizada no dia 28 de abril de 2021.** O Presidente Carlos Eduardo Lula deu boas vindas, informou a presença de convidados representantes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e colocou em aprovação a ata da 4ª assembleia ordinária do Conass, que foi considerada aprovada sem ressalvas. Em continuidade, o Presidente Carlos Lula solicitou a participação da Conselheira Candice Jobim (juíza federal- Distrito Federal) para a **2- Apresentação do Plano Nacional de Atuação do Poder Judiciário (Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade).** O assessor técnico Leonardo Vilela, representante titular do Conass junto ao Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) que saudou os presentes,

o Dr Arnaldo Hossepian (Procurador de Justiça do Estado de São Paulo) e demais juízes auxiliares. Apresentou as competências do Fórum de Saúde do CNJ, Comitê Nacional e seus respectivos Comitês Estaduais. Destacou as parcerias com os hospitais de excelência (HSL e HIAE) para a elaboração de pareceres e o trabalho dos NAT, NAT JUS e NAT Nacional. Destacou que o Comitê Nacional, a partir de sua assunção, passou a buscar diagnósticos sobre as causas das demandas judiciais e a formação de magistrados – também em relação à pandemia. Destacou que as causas abarcam promessas não cumpridas pela política de saúde, o que pode ser agravado com a demanda reprimida pela Covid. Em face disso, o Comitê Nacional elaborou um plano de monitoramento acerca da judicialização da saúde, a partir de atuações concretas com vistas à redução de demandas e o aperfeiçoamento da prestação positiva de saúde. Destacou o conteúdo das recomendações CNJ 66 e 92, que valorizam as ações de gestão e indicam a autocontenção dos magistrados, em especial, durante a pandemia. Solicitou o apoio das SES na concretização do plano de ação que passou a ser apresentado pelo juiz federal Clênio Schulze (Santa Catarina) que denominou o projeto de: Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Indicou que a arquitetura do projeto corresponde à: 1. Elaboração de questionário e colheita de informações; 2. Recepção das respostas, compilação de dados e apresentação de relatório; 3. Encaminhamento dos respectivos dados aos comitês executivos, com indicação de objetivos; 4. Elaboração de projetos pelos Comitês Executivos, a partir de diálogos interinstitucionais, com encaminhamento de propostas ao Comitê Nacional; 5. Reunião de informações pelo Comitê Nacional com elaboração de projeto nacional sobre possibilidades de ações a serem customizadas e aplicadas pelos órgãos locais; 6. Avaliação e medição de resultados ao final de cada ano, ressaltado que as fases 1 e 2 já estão cumpridas e os dados das respostas e relatórios estão disponíveis em: <http://judsaude.stg.cloud.cnj.jus.br/DashBoard/>. Do mencionado relatório destacou: (i) Falta de profissionais especializados: “Relatório Mundial de Saúde de 2006 é de 22,8 profissionais de saúde para cada 10 mil habitantes. O problema no Brasil, no entanto, é a desigualdade entre as regiões. Com uma média nacional de 17,6 médicos por 10 mil habitantes, há, por exemplo, uma densidade de 40,9 por 10 mil no Rio de Janeiro, enquanto no Maranhão este número é de apenas 7,1 para cada 10 mil habitantes.” (Relatório DPJ); (ii) Quantidade de profissionais de saúde – sendo que para tanto o objetivo do plano de ação é: a) ampliar o número de profissionais de saúde de modo a reduzir o tempo de espera em consultas e tratamentos, evitando a judicialização destas questões; b) suprir os vazios assistenciais com tecnologia, como teleconsultas; (iii) Elevado índice de sucesso nas demandas da saúde, cujo objetivo do plano é: a) ampliar o diálogo interinstitucional para solução dos conflitos de interesses, tanto na fase extrajudicial, pré-processual ou judicial; b) ampliar o acesso ao Natjus; e c) reduzir a judicialização de medicamentos, procedimentos e consultas; (iv) Déficit no atendimento por especialistas: a) ampliar o número de profissionais de saúde especialistas de modo a reduzir o tempo de espera em consultas e tratamentos, evitando a judicialização destas questões; b) possibilidade de criação de BI - *business intelligence* para acompanhar a evolução; c) estabelecer um plano de ação de médio e longo prazo, para enfrentar as filas de consultas; (v) Ausência de transparência e falha na organização de filas para consultas e internações: Sobre marcação de consultas / Sobre regulação de filas / Sistema informatizado de controle de consultas e procedimentos, cujo objetivo do plano de ação: a) iniciativa e aprovação da lei (se for necessário) da transparência nas listas em cada unidade federativa; b) atuação conjunta dos órgãos estaduais e municipais para alimentação do sistema e atualização do banco de dados; c) no plano federal, se possível, incentivar o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas para

auxiliar Estados e Municípios; (vi) Judicialização da saúde: As políticas de saúde são pouco consideradas pelos juízes e consomem parte significativa dos recursos orçamentários, sendo que o plano de ação visa: a) fomentar a aplicação das políticas de saúde existentes; b) identificar, por meio da judicialização, os gargalos existentes na execução das políticas; c) e criação de mecanismos de resolução extrajudicial de conflitos. Para a execução da Fase 4 do projeto: “Encaminhamento dos respectivos dados aos comitês executivos, com indicação de objetivos” solicitou apoio do Conass, para : construção conjunta do plano de ação; ampliar a aproximação do gestor com o Sistema de Justiça; criação de mecanismos para evitar a judicialização; fortalecimento das políticas de saúde. A fase sucessiva consistirá em: Reunião de informações pelo Comitê Nacional com elaboração de projeto nacional sobre possibilidades de ações a serem customizadas e aplicadas pelos órgãos locais, consoantes diretrizes do Plano estratégico do projeto nacional, o que se seguirá da fase 6 que é a avaliação e medição de resultados ao final de cada ano. Dada a palavra ao Dr Arnaldo Hossepian solicitou que os gestores estaduais sensibilizem os presidentes dos respectivos tribunais para que a aliança entre o CNJ e o CONASS possa ser efetiva na atuação proposta. O Assessor Técnico Leonardo Vilela ratificou o empenho do CNJ, pelo Fórum de Saúde, na compreensão e fortalecimento do SUS, na racionalização da judicialização da saúde e no fortalecimento dos diálogos institucionais. O SES/RN, Cipriano Maia, indicou as dificuldades impostas à gestão estadual do SUS em face da judicialização a ponto de alcançar vultos relevantes em sequestros judiciais. Nessa esteira, ofereceu parceria para que a SES/RN inicie a execução do plano ora apresentado. Enfatizou o complemento com cofres próprios à tabela SUS, bem como a constante assunção de obrigações que são da União, agravados pelo subfinanciamento e a regulação executada também pela União. O Presidente Carlos Lula mencionou que os diálogos no Maranhão têm sido exitosos, observadas reduções nos custos financeiros totais. Enfatizou os esforços do CNJ, a importância da separação dos poderes e sua articulação em prol do desenvolvimento, e os cuidados necessários com decisões desarrazoadas. A Conselheira Candice Jobim destacou que a atuação do CNJ estará restrita ao que já está admitido na política pública, sendo outras demandas alvo de planos futuros. Destacou que as bases técnicas já disponibilizadas aos magistrados têm denotado amadurecimento nas decisões e que podem vir a mostrar ainda mais aperfeiçoamento. Destacou ainda que há eventos temáticos com vistas a promover debates e difundir conhecimento aos magistrados, além das tentativas de solução dos problemas julgados como repercussão geral / formulação de teses. O Presidente Carlos Lula enfatizou a necessidade de apoio das SES e a assessora técnica Alethele Santos, solicitou permissão e convidou aos representantes do CNJ, para ampliar o debate junto à Câmara Técnica de Direito Sanitário (CTDS), acerca do plano, sua operacionalização e a ampliação de debates junto aos Tribunais de Justiça. O Assessor Técnico Leonardo Vilela agradeceu as presenças e destacou a importância da atuação da CTDS. O Presidente Carlos Lula passou a palavra ao coordenador técnico Fernando Cupertino para tratar acerca da 3- **Pauta da CIT.** O Coordenador explicitou que a reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite ocorrerá aos 27.05.2021, a partir das 14.00h, no salão principal da OPAS e terá **3.1 Abertura dos Trabalhos: Ministro de Estado da Saúde, OPAS/OMS, Conasems e Conass.** Nessa ocasião serão apresentados, como costumeiramente: **a) Panorama da Pandemia Covid-19 e Ações de Enfrentamento: i. Painel epidemiológico da Covid-19 – SVS/MS. ii. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Covid-19 – SVS/MS** pelo Secretário de Vigilância em Saúde – Arnaldo Correia de Medeiros, bem como **iii. Situação dos Leitos Covid-19 – SAES/MS** a ser apresentado por Josafá Santos – Coordenador Geral de Controle de Sistemas e Serviços de Saúde. Informou que o tema para pactuação foi inserido em

3.2 – Discussões e Pactuações: 3.2.1 Portaria que Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, destinado ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Covid-19.

A assessora Maria José Evangelista relatou que o valor do incentivo é de R\$17.808,94 por equipe de CR, em parcela única, com vistas a atuação da equipe no enfrentamento da Covid-19, considerando o quantitativo custeado no primeiro quadrimestre deste ano, pelo que sugeriu aprovação e foi acatado pelo plenário. Acerca do item **3.3 Apresentações e Discussões: a) Plano Nacional de testagem do Sars-CoV-2 – GAB/MS**, que será apresentado por Edson Araújo – Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde, o Coordenador Técnico destacou que a participação do Conass nos debates foi para enfatizar que a testagem é uma etapa da vigilância, pelo que sugeriu a inclusão da palavra no título. O Assessor técnico Fernando Avendanho salientou que a utilização da estratégia de testagem com o uso de teste rápido de antígeno será em pontos de atenção como UBS, UPA, etc., para melhorar o diagnóstico assistencial, além da busca ativa de casos, em locais estratégicos. O plano prevê a possibilidade de implantação da estratégia em quatro cenários de testagem distintos que ainda será decidido. Essa estratégia pode aumentar significativamente a testagem, possibilitando a detecção imediata da doença sem necessidade de ambiente laboratorial. Indicou que ainda estão pendentes discussões técnicas, além de outras definições, mas ainda assim o tema será apresentado na CIT, com ênfase nas ações de vigilância, para o acompanhamento dos casos positivos e seus contatos com o objetivo de minimizar a dispersão do vírus que causa Covid-19. O coordenador técnico Fernando Cupertino deu a palavra à assessora técnica Rita Cataneli que informou que foi enviado ofício ao novo Ministro Marcelo Queiroga, acerca de questões urgentíssimas, a serem consideradas pelo Ministério da Saúde, elencadas no ofício conjunto n. 006, da lavra do Conass, Conasems e Opas. Em resposta, o Ministério da Saúde por meio do ofício 1428/2021/SVS/MS, por seu secretário Arnaldo Medeiros, abordou questões relativas à vacina e ao PNI sem apresentar respostas objetivas às posições expostas pelo Conass. O SE/Conass informou que o ofício será reiterado, dessa vez, com tema única sobre financiamento, com o requerimento de aporte financeiro, da ordem de R\$ 40 bilhões, para fins de executar ações e serviços de saúde. O Coordenador Técnico Fernando Cupertino ressaltou que a reiteração de demandas ao Ministério da Saúde por parte do Conass, tem sido costumeira, nem sempre restando respondida pelos representantes da gestão federal do SUS. **b) Estratégia Tripartite para o Fortalecimento da Gestão e Governança no SUS: panorama das adesões e próximos passos – DGIP/SE/MS, Conass e Conasems.** A assessora técnica Tereza Cristina Lins Amaral indicou que a Secretaria Executiva da CIT apresentará o cenário de adesão das SES aos Projetos PROADI: (i) Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS; (ii) Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde (Regionalização); e o da (iii) Formação de Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal dos SUS, com vistas a reforçar a sinergia entre os mesmos, ao encontro da apresentação feita, na última reunião da CIT, sobre a “estratégia tripartite para aprimorar a gestão e a governança no SUS”. O Coordenador Técnico Fernando Cupertino ressaltou que os pontos seguintes: **c) Curso Técnico dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – Conasems e d) Painel de cadastro de pessoas no Previne Brasil – Conasems.** Foram pautas solicitadas pelo Conasems e serão apresentados por seu SE, Mauro Junqueira. A Assessora Técnica Maria José Evangelista indicou que o tema foi tratado em reunião de Câmara Técnica do Conass, com apresentação por parte pormenorizada pelo Conasems e já de conhecimento das equipes técnicas das SES. Acerca do curso indicou que serão

1200 horas e será iniciada a campanha para adesão dos municípios, numa parceria do Conasems e do Ministério da Saúde (SGTES). O Assessor Técnico Haroldo Pontes indicou que houve manifestação das Escolas de Saúde Pública dos Estados acerca do referido curso, todavia, foi ratificado que a opção para operacionalização foi a parceria do Conasems e do Ministério da Saúde (SGTES). Acerca do item **3.4 Informe: a) Programação da Distribuição dos Medicamentos Destinados ao Programa de Doença de Chagas – SCTIE/MS**, o Coordenador Técnico Fernando Cupertino informou que o MS fará uma pesquisa junto às Secretarias de Saúde, com fundamento em Nota Técnica já elaborada, com vistas à racionalização e formulação de estoque estratégico do referido item. A ação se faz necessária porque o Ministério está alterando a distribuição dos medicamentos utilizados no tratamento para Doença de Chagas (Benznidazol e o Nifurtimox) deixando de atender por demanda, e passando a atender conforme programação anual (Pautas trimestrais de envio), conforme os demais medicamentos deste Componente da Assistência Farmacêutica. Acerca da **b) Alteração da data da CIT de junho/2021 – DGIP/SE/MS** **Reginaldo Ramos Machado – Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa**, o pleito será por alterar a reunião ordinária da CIT de 17, para 24 de junho de 2021 – o que será colocado em debate. Indicou ainda que haverá informe acerca da **c) Operação Vida: monitoramento final – DGIP/SE/MS** **Reginaldo Ramos Machado – Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa** que tratou da transferência de pacientes do Amazonas para outros estados da federação. O Presidente Carlos Lula retornou ao assunto acerca do ofício que requer novo aporte orçamentário/financeiro, na ordem de R\$ 40 Bilhões, dada a exaustão dos cofres subnacionais e em havendo concordância dos SES, que seja instado o Fórum de Governadores. Tal debate pode colaborar com o próprio Ministério da Saúde junto à equipe econômica. O SES.GO, Ismael Alexandrino, indicou a gravidade do cenário que se avizinha, em especial considerada a reinfeção de vacinados e a necessidade de doses extras. Destacou que a coordenação nacional, com diretrizes de enfrentamento, é necessária para que haja maior possibilidade de controle da infecção, letalidade e adoecimento – com novas cepas -, para além do financeiro. O SES.SC, André Motta reiterou a necessidade de coordenação nacional, vislumbrando situação ainda mais grave que as já enfrentadas até o momento. O SES.RN, Cipriano Maia, reiterou a prospecção de gravidade, a dificuldade de constituir unidade para controle e tratamento da Covid, e a importância da coordenação nacional para controles interestaduais e ressaltou, ademais, a exaustão orçamentária e financeira dos cofres estaduais. O SES.ES, Nésio Fernandes, ponderou que o Ministério da Saúde deve: (i) compensar a ausência no primeiro semestre; (ii) considerada a aplicação financeira dos 26 estados, o per capita, foi maior que o da União – mesmo com o orçamento de guerra; (iii) não há custeio federal para leitos de enfermaria; (iv) há o custo com os sequelados da Covid; (v) permanece o estado de emergência, solicitou ainda a articulação dos SES com os Governadores para manifestação em favor do ora exposto, além da possibilidade de estratégia de comunicação com a sociedade. O SES.PE, André Longo, informou a ajuda ao setor filantrópico, na data de ontem, da ordem de R\$ 2 Bilhões, pelo que trata-se de priorização política para a destinação financeira. Revelou que o cenário não revela que os Estados consigam suportar suas redes ordinárias e o acréscimo de despesas promovido pela pandemia. O representante da SES.BA, Cássio Garcia, indicou que as ações judiciais em prol dos leitos colaboraram com a tomada de iniciativas e que a distribuição financeira dos recursos orçamentários não foram compatíveis aos leitos de UTI, agravando o cenário de estrangulamento e ensejando movimentações políticas – para além das técnicas. Por todo o exposto, decidiu-se pelo envio do ofício ao Ministro, a partir de leitura na CIT. **4 Apresentações e discussões. 4.1 Apresentação e adesão ao projeto ProadiSUS - Programa de**

Cuidados Paliativos no SUS- Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar.

A assessora técnica Eliana Dourado informou que o tema tem sido debatido na assembleia, já foi alvo de evento específico do Conass e deu a palavra para Carina Tischler Pires e Maria Perez Soares, do Hospital Sírio Libanês - responsáveis pelo projeto. Maria Perez indicou que o projeto “Programa de Cuidados Paliativos no SUS Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar Triênio 2021-2023 PROADI-SUS”, tem por fundamentos e princípios: (i) Definição de Cuidados Paliativos: é uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros sintomas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais, segundo a Organização Mundial da Saúde; (ii) que tem por impactos: qualidade de vida do paciente, controle de sintomas; planejamento de cuidados/diretivas; satisfação do paciente e cuidador; menor utilização de recursos de saúde; (iii) Área de atuação principal: Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e Área de atuação secundária: Capacitação de Recursos Humanos; (iv) Período de execução: 2021-2023; (v) Abrangência: nacional; (vi) Instituições envolvidas: 24 a 30 grupos de instituições (hospital, ambulatório de especialidade e atenção domiciliar de uma mesma região) em aproximadamente 80 serviços de saúde; (vi) Orçamento para o triênio: R\$25.986.365, 00; (vii) Objetivo Geral: Capacitação de equipes do SUS e implementação de protocolos de Cuidados Paliativos em 24 a 30 grupos de instituições (hospital, ambulatório de especialidades e atendimento domiciliar do mesmo território) distribuídas pelas unidades federativas brasileiras ao longo do triênio 2021-2023, de forma a beneficiar pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras de vida e seus familiares; (viii) Ciclos de Implantação: Planejamento Macro (adesão dos estados; discussão na câmara técnica; definição de UFs para 1º ciclo); Alinhamento Inicial (contato com Secretarias de Saúde; definição dos Serviços a serem beneficiados; contato com gestores dos serviços; assinatura de termos de adesão; Sensibilização e Capacitação (EAD Cuidados Paliativos para não paliativista em 20hs assíncronas; Workshops teórico-prático entre 12-16hs síncronas; discussões clínicas; manual de Cuidados Paliativos); Diagnóstico (dados epidemiológicos; estrutura de CP – eixos: equipe, protocolos, alocação de recursos, planejamento de cuidados, medicamentos essenciais em CP, integração da rede); Apoio à implementação (suporte aos responsáveis pelas ações definidas nos planos de ação; apoio na elaboração de protocolos institucionais; desenho de novos processos quando indicado); Monitoramento (realização de reuniões periódicas com os serviços após o término da fase de apoio à implementação, para monitorização e suporte na interpretação dos indicadores coletados e supervisão clínica à distância); (ix) Critérios de elegibilidade: (serviços de saúde do SUS (hospital, ambulatório de especialidades e atenção domiciliar) públicos ou filantrópicos localizados em uma mesma região da cidade visando apoiar a articulação da RAS; hospital com mais de 150 leitos gerais (não contar leitos de maternidade); hospital com ao menos 10 leitos de terapia intensiva; engajamento dos gestores e lideranças do projeto; Termo de compromisso acordado e assinado entre as partes; estrutura mínima de teleconferência (sala com acesso à internet, computador que permita acesso a software de vídeo conferência como *Microsoft Teams*, *Zoom*, *Skype* ou outro); disponibilidade de espaço, sala ou auditório que permita atividades de treinamento prático (capacidade mínima de 18 pessoas simultaneamente); disponibilidade de prontuário eletrônico ou outros instrumentos que viabilizem coleta de dados e indicadores); (x) Pontos que corroboram na indicação: (serviços de saúde localizados em regiões acessíveis em termos de logística de transporte aéreo e terrestre; perfil epidemiológico

de atendimento de idosos, pacientes oncológicos, cardiopatas e pneumopatas (populações com maior demanda por CP); interesse/engajamento da equipe assistencial na temática de CP; presença de programa de residência; hospital com pronto-socorro e centro cirúrgico); (xi) Cronograma por grupo de serviços: (cerca de 10 meses, 1 grupo de serviços por estado do país, Grupo de Serviços de Saúde: 1 hospital, 1 serviço de atendimento domiciliar, 1 ambulatório de especialidades – de uma mesma região); (xii) Cronograma: (ciclos no triênio: Ciclo 1 – 6 grupos de serviços entre jul/2021 a abr/2022; Ciclo 2 – 6 grupos de serviços entre jan/2022 a out/2022; Ciclo 3 – 7 grupos de serviços entre jul/2022 a abr/2023; Ciclo 4 – 8 grupos de serviços entre dez/2022 a out/2023). A assessora técnica Eliana Dourado enfatizou a importância de que as regiões sejam contempladas e foram abertos os debates. O SES.RN, Cipriano Maia, indagou acerca da estruturação de serviços e equipes para a linha de cuidados paliativos ao que foi respondido que a equipe está apta a lidar com a realidade local, sendo essencial a indicação de hospital e serviços, com vistas à customização necessária à implantação do projeto e suas respectivas ferramentas. O SES.ES, Nésio Fernandes, registrou que a criação de residência multiprofissional e médica em cuidados paliativos – em serviço – tem sido uma experiência notável para a SES e essa será uma necessidade para a próxima década, além de revelar interesse na implementação do projeto. Participou como convidada Vanuse Maria Resende Braga - técnica responsável pelo projeto cuidados paliativos do DAHU/ SAES / MS e foram agradecidas pelo Coordenador Técnico Fernando Cupertino. Eliana Dourado, assessora técnica, enfatizou a importância da participação dos técnicos das SES na reunião de CT, no dia 08.06, com vistas ao debate detalhado do projeto. O próximo item **4.2 Necessidade de capacitação para os trabalhadores em sala de vacina** foi abordado pelo assessor técnico Nereu Henrique Mansano que indicou a cronicidade da queda das coberturas vacinais, *in totum*. Destacou que apesar de iniciativas importantes, como curso em desenvolvimento pelo Conasems, no caso do treinamento em sala de vacina, é fundamental o treinamento prático. Em face da pandemia indicou que o treinamento clássico talvez seja inviável no momento, mas a competência de coordenação por parte da gestão estadual impõe necessidade de treinamento e coordenação estratégica dos trabalhadores em sala de vacina, para a Covid-19, em face de situações como o relato de aplicação errônea de doses, manuseio equivocado de seringas, dificuldades na inclusão das pessoas com comorbidade, atuação de terceiros contratados de forma emergencial sem experiência prévia e outros casos já de ciência pública. Neste sentido é importante que as SES já programem atividades de supervisão e apoio técnico às equipes municipais e que assim que encerrada a pandemia, as SES estejam mobilizadas para realizar capacitações em sala de vacina, preferencialmente presenciais. Considerou que de acordo com as competências já pactuadas e que atualmente constam na Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de Setembro de 2017, Seção II, artigo 9º, compete às Secretarias Estaduais de Saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal. Isso inclui o apoio e cooperação técnica junto aos municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância; desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social e o fomento e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação. Em seguida passou a tratar sobre **5 Informes: 5.1 PNI: vacinação contra Covid-19**. O assessor técnico Nereu Henrique Mansano informou que, o total de doses distribuídas é de 89,4 milhões de doses, sendo: Coronavac / Butantan: 47.125.230; Covishield / AstraZeneca; 34.968.710 doses provenientes da Fiocruz e 5.003.820 do consórcio COVAX facility, totalizando 39.972.530 doses

e do Laboratório Pfizer: 2.272.054 doses. Tais doses permitem um alcance total de 48,3 milhões de pessoas, sendo com a Coronavac / Butantan, com esquema completo: 22 milhões; com a Covishield / AstraZeneca / Fiocruz, com esquema completo: 13,7 milhões e com D2 ainda pendente: 10,6 milhões e Pfizer, esquema iniciado D1: 2,05 milhões. Apresentou o cronograma de entregas recentes e previstas até junho segunda apresentação realizada pela CGPNI / SVS na última segunda-feira: a) 21.05 – sexta – 6.123.000 doses para 5.510.700 pessoas, procedentes da Fiocruz; b) 26.05 – quarta – 629.460 doses para 566.514 pessoas, procedentes da Pfizer; c) 28.05 – sexta – 6.840.000 doses para 6.156.000 pessoas, procedentes da Fiocruz; d) 30.05 – domingo – 936.000 doses para 842.400 pessoas, procedentes da Pfizer; e) 02.06 – quarta – 936.000 doses para 842.400 pessoas, procedentes da Pfizer; f) 03.06 – quinta – 527.670 doses para 474.903 pessoas, procedentes da Pfizer; g) 04.06 – sexta – 3.080.000 doses para 2.772.000 pessoas, procedentes da Fiocruz; h) 06.06 – domingo – 2.399.670 doses para 2.159.703 pessoas, procedentes da Pfizer; i) 11.06 – sexta – 3.080.000 doses para 2.772.000 pessoas, procedentes da Fiocruz; j) 13.06 – domingo – 2.400.840 doses para 2.160.756 pessoas, procedentes da Pfizer; k) 18.06 – sexta – 6.000.000 doses para 5.400.000 doses, procedentes da Fiocruz; l) 20.06 – domingo – 2.400.840 doses para 2.160.756 pessoas, procedentes da Pfizer; m) 25.06 – sexta – 6.000.000 doses para 5.400.000 doses, procedentes da Fiocruz; n) 27.06 – domingo – 2.400.840 doses para 2.160.756 pessoas, procedentes da Pfizer. Ressaltou do presente cronograma não há previsões de doses do Butantan, dada recente a falta de Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), podendo ocorrer alteração devido ao recente anúncio de envio do mesmo pela Sinovac. Poderá ocorrer também o acréscimo de novas doses a serem recebidas do consórcio COVAX facility. Noticiou que conforme o 19º informe técnico e a 21ª pauta de distribuição de vacinas, em processo de entrega ainda nesta semana serão 6.7 milhões de doses para a continuidade da vacinação em grupos com comorbidades (17,6%) e as forças de segurança e salvamento (7%), além das 300.000 doses enviadas para 4 municípios do Maranhão e 111.397 trabalhadores portuários (100%) e 116.529 trabalhadores de transporte aéreo (78%). Acerca da distribuição de vacinas destinadas aos grupos prioritários informou que: (i) pessoas com 60 anos ou mais (população geral e pessoas institucionalizadas); (ii) pessoas com deficiências, institucionalizadas; (iii) povos indígenas vivendo em terras indígenas; (iv) trabalhadores em saúde; (v) povos e comunidades tradicionais ribeirinhas e quilombolas – já foram totalmente distribuídas, com esquema D1 e D2. Dos grupos compreendidos por pessoas com comorbidades e gestantes/puérperas com comorbidades e pessoas com deficiência permanente cadastradas no Benefício de Prestação Continuada (BPC), já se alcançou 46,8% da distribuição com D1 e D2, cujo remanescente somado com os grupos de pessoas com deficiência permanente (18 a 59 anos) sem cadastro no BPC, Pessoas em situação de rua (18 a 59 anos), Funcionários do Sistema Prisional e Pessoas privadas de liberdade, é de 16,5 milhões de pessoas para receberem a 1ª dose. Em sede de serviços considerados essenciais, o grupo prioritário formado por: a) Forças de Segurança e Salvamento já alcançou 38,6% de distribuição, em D1 e D2; b) trabalhadores aeroportuários alcançou 78% de distribuição em D1 e D2; e, c) trabalhadores portuários alcançou 100% de distribuição em D1 e D2. O remanescente de trabalhadores aeroportuários somado aos demais grupos: a) Trabalhadores da Educação do ensino básico (creche, pré-escola, fundamental, médio, profissionalizante e Eja); trabalhadores da educação do ensino superior; trabalhadores do transporte coletivo rodoviário de passageiros; trabalhadores de transporte metropolitano e ferroviário; trabalhadores de transporte aquaviário; caminhoneiros; trabalhadores industriais e trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos – não tiveram doses vacinais distribuídas, perfazendo 11,5 milhões de pessoas para a 1ª dose. Em

resumo, destacou que, dos grupos considerados prioritários, seja pela vulnerabilidade, seja pela essencialidade dos serviços, 28 milhões de pessoas ainda não foram contempladas na distribuição de vacinas. O assessor técnico Nereu Mansano informou que durante reunião técnica tripartite considerou-se a seguinte proposta, à título de continuidade: a) manter a vacinação dos grupos vulneráveis, conforme previsto no PNO, até o grupo 17 (comorbidades, pessoas com deficiência permanente, população em situação de rua, funcionários do sistema penitenciário e população privada liberdade); b) após finalizar esses grupos, continuarão sendo vacinados os grupos subsequentes, reservando percentual a ser definido, para faixas etárias decrescentes a partir de 59 anos de idade; e, c) finalizados os grupos prioritários, continuar a vacinação segundo faixa etária, em ordem decrescente. O SES.AP, Juan Mendes, chamou a atenção que estados da região norte não chegaram aos 15% de vacinados, sendo que os outros estão próximos dos 20%. Destacou ainda que os internados, atualmente, predominam os menores que 49 anos sendo importante considerar essa equação nos debates. O SES.RN, Cipriano Maia, perguntou acerca dos aeroviários e aeroportuários, adiante dos professores e trabalhadores da educação enquanto prioridade para o PNI e endossou a proposta, ao final, apresentada pelo assessor técnico Nereu Mansano. A representante da SES.SP, Silvany Portas, indagou acerca da priorização dos profissionais do SUAS e seus respectivos debates – o que já foi verbalizado no Cosems.SP. O SES.MS, Geraldo Resende, informou situação de rompimento com o Cosems, em face da exigência da gestão estadual do cumprimento do PNI, com posicionamento por faixa etária por parte de 80% dos municípios, pelos SMS e pelos prefeitos. Informou que a população indígena teve baixa adesão ao processo vacinal ao que foi autorizado pelo PNI para avançar nos grupamentos prioritários já definidos em plano operacional, mas que foi totalizado por muitos municípios. O Coordenador Técnico enfatizou que à equipe técnica cabe esclarecer e trazer para debate os melhores parâmetros, contudo a decisão cabe exclusivamente à Assembleia. O Presidente Carlos Lula enfatizou que as pressões por categorias profissionais seriam infinitas, aderindo à proposta por faixa etária. Acerca dos quesitos, o assessor técnico Nereu Mansano destacou que: (i) ao término dos grupos prioritários, definidos por critérios epidemiológicos, segue-se a proposição por idade / faixa etária, sendo que os municípios que tenham alcançado a totalidade dos grupos definidos haverá a orientação no texto do plano operacional, para que se avance para a vacinação por idade; (ii) em relação às diferenças de alcance populacional entre os estados, justifica-se pelo *quantum* populacional de cada faixa prioritária, o que irá se diluir à partir da vacinação por faixa etária dos menores de 59 anos; (iii) acerca da inclusão dos aeroportuários e aeroviários foi uma decisão do Ministério da Saúde, por tratar-se de grupo pequeno e pela vulnerabilidade à variante indiana, sem consulta à Câmara Técnica Assessora; (iv) sobre os trabalhadores do SUAS, o tema não foi debatido até o momento e ao que saiba, nem apresentada a demanda; (v) informou acerca da notificação de entidades representativas dos doentes de comorbidades ao Conass, acerca da sobreposição de outros grupos funcionais, em seu detrimento – o que pode ser alvo de judicialização – ensejando cuidados dos gestores municipais e orientação dos gestores estaduais. Indicou ainda que os gestores estaduais podem se posicionar na CIT acerca desse conteúdo, como forma de sensibilizar Conasems e Ministério da Saúde. A representante da SES.RS, Aglaé Regina Silva posicionou-se acerca da importância da vacinação dos trabalhadores da educação, alvo de maior pressão no território gaúcho. O assessor técnico Fernando Avendanho informou que em reunião com o MPT, houve manifestação contrária dessa instituição acerca da vacinação por faixa etária, até o cumprimento da vacinação total dos grupos prioritários, estabelecida no PNO – ensejando novo risco de judicialização. O SES.RN, Cipriano Maia, criticou o processo de vacinação, o

cumprimento do PNO, a falta de auscultação à Câmara Técnica, indicou a importância da categoria dos professores e trabalhadores em saúde – ainda que proporcionalmente – além de avançar em faixas etárias. Sugeriu ainda que seja permitido que determinado percentual seja alvo de deliberação pelas CIB, de forma a atender as peculiaridades dos territórios estaduais e suas realidades epidemiológicas. O representante da SES.MS, Coronel Marcello Fraiha, reiterou a proposta de deliberação pela CIB. O SES.GO, Ismael Alexandrino, ressaltou que as doses em GO terminaram sem que fosse vacinado a totalidade dos grupos definidos em cada remessa, pelo que a deliberação em CIB é necessária para atender as realidades locais e não haja descumprimento do PNO/PNI, ensejando responsabilidade do gestor local. O SE/Conass indicou que as discussões são muito difíceis, dada escassez de vacinas. Indicou que há pleitos pelos trabalhadores na indústria de proteína, expostos às novas variantes, trabalhadores em saúde e professores, pelo que sugere à Assembleia, seja permitido à Diretoria reunir-se amanhã com a SVS e o Conasems, com vistas a dirimir as questões colocadas, ao que foi marcada para 26.05 às 8:30h. O Assessor Técnico Nereu Mansano resumiu os debates com a seguinte proposta: A) Manter a vacinação dos grupos prioritários, conforme previsto no PNO, até o grupo 19 (comorbidades, pessoas com deficiência permanente, população em situação de rua, funcionários do sistema penitenciário, população privada liberdade e trabalhadores da educação); B) Após finalizar esses grupos, continuarão sendo vacinados os grupos subsequentes, reservando percentual a ser definido (dependendo da disponibilidade de vacinas e estimativa populacional dos grupos que estão sendo vacinados), para faixas etárias decrescentes a partir de 59 anos de idade; C) Finalizados os grupos prioritários, continua a vacinação segundo faixa etária, em ordem decrescente; D) Estados e municípios que já não apresentam demanda, ou tenham demanda diminuída, para vacinação dos grupos com maior vulnerabilidade (até o grupo 17), poderão pactuar em CIB a adoção imediata da estratégia de vacinação segundo faixa etária em ordem decrescente de idade, garantindo-se percentual para continuidade da vacinação dos demais grupos prioritários – cumulativamente. O assessor técnico Héber Dobis abordou o item **5.2 Informe sobre ColetaKit (Medicamentos IOT)** que tem por objetivo a coleta de dados para upload das informações estaduais, o que possibilitou a alteração dos painéis temáticos. O sistema visa aperfeiçoar a coleta dos dados que atualmente é realizada por meio de planilhas, tornando a coleta sistematizada com filtros na entrada do dado. O processo visa colaborar o mais possível com a agilidade na consolidação dos dados que são repassados ao Ministério da Saúde para subsídio à distribuição dos IOT. Informou que a maioria dos estados têm estoque para na média 5 dias de bloqueadores musculares, e não há previsão de regularidade plena, revelando situação dramática para a gestão estadual. Informou que as aquisições da ata de registro de preços pelo MS estão sendo entregues parceladas, em poucas quantidades semanais desde a última semana de maio. Quanto a OPAS, são previstas entregas com prazos de 4 a 15 semanas a partir dos contratos, denotando controle dia a dia, uma vez que o estoque estratégico do Ministério da Saúde está praticamente zerado. Informou que as entregas são da ata de registro de preços de 2020, e que o edital do ano 2021, ainda não foi publicado, em que pese seu trâmite há mais de 60 dias. O SES.AP, Juan Mendes, informou excessiva flutuação de preços, chegando até 1000%, sendo que os estados não conseguem adquirir. O SES.SC, André Motta, informou movimentos da SES.SC junto ao Tribunal de Contas e Ministério Público, com vistas à importação. A assembleia decidiu por explicitar a angústia sobre o desabastecimento, de público, na CIT – inclusive com pedido por requisição administrativa e data urgente para reunião de diretoria do Conass com o Ministro e sua equipe. **5.3 Distribuição dos Concentradores de Oxigênio - finalidade, critérios e entrega aos estados e municípios.** A assessora técnica Eliana

Dourado informou que houve a doação pelo MS de **5.132 concentradores de oxigênios** às SES e SMS para atendimento aos pacientes com sintomas leves/moderados ou em processo de convalescença da Covid-19 pós alta hospitalar, que ainda demandarem suporte de oxigenioterapia no âmbito domiciliar, propiciando a redução da permanência hospitalar, sendo a 1ª distribuição de 2.245 concentradores de oxigênio às SES e SMS, composta por : (i) 1.759 às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES em março/21 (gestão estadual e municipal); (ii) o saldo de 486 concentradores de oxigênio serão destinados às SES para apoiar programas/ações de AD com oxigenioterapia de iniciativa própria das SES (critério populacional). Já a 2ª distribuição de 2.887 concentradores de oxigênio às SES e SMS, sendo: (i) 1.773 às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES em abril/21 (gestão estadual e municipal); e, (ii) o saldo de 1.114 concentradores de oxigênio serão destinados: 674 às equipes EMAD/EMAP cadastradas em municípios com pop> 20mil habitantes (gestão estadual ou municipal) e 440 às SES para apoiar programas/ações de AD com oxigenioterapia de iniciativa própria das SES (critério populacional). Pelo que 4.206 concentradores de oxigênio serão destinados às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES (diretamente ao respectivo gestor) acrescidos de 926 concentradores de oxigênio serão entregues diretamente nas SES. A assessora técnica Eliana Dourada informou que em que pese a 1ª distribuição ter sido programada, a 2ª foi entregue ao Ministério da Saúde sem sua execução, pelo que acredita serem agrupadas as entregas, até então sem data definida ou que possa ser informada aos SES. Acerca do item **5.3 Distribuição dos Concentradores de Oxigênio - finalidade, critérios e entrega aos estados e municípios**, a assessora técnica Eliana Dourado informou que houve a doação pelo MS de 5.132 concentradores de oxigênios às SES e SMS para atendimento aos pacientes com sintomas leves/moderados ou em processo de convalescença da Covid-19 pós alta hospitalar, que ainda demandarem suporte de oxigenioterapia no âmbito domiciliar, propiciando a redução da permanência hospitalar, sendo a 1ª distribuição de 2.245 concentradores de oxigênio às SES e SMS, composta por : (i) 1.759 às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES em março/21 (gestão estadual e municipal); (ii) o saldo de 486 concentradores de oxigênio serão destinados às SES para apoiar programas/ações de AD com oxigenioterapia de iniciativa própria das SES (considerado critério populacional). A 2ª distribuição contou com 2.887 concentradores de oxigênio às SES e SMS, sendo: (i) 1.773 às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES em abril/21 (gestão estadual e municipal); e, (ii) o saldo de 1.114 concentradores de oxigênio serão destinados: 674 às equipes EMAD/EMAP cadastradas em municípios com pop> 20mil habitantes (gestão estadual ou municipal) e 440 às SES para apoiar programas/ações de AD com oxigenioterapia de iniciativa própria das SES (considerado critério populacional). Dessa forma, 4.206 concentradores de oxigênio serão destinados às equipes EMAD/EMAP cadastradas no CNES (diretamente ao respectivo gestor) e 926 concentradores de oxigênio serão entregues diretamente às SES. A assessora técnica Eliana Dourada informou que em que pese a 1ª distribuição ter sido programada, a 2ª foi entregue ao Ministério da Saúde sem sua execução, pelo que acredita serem agrupadas as entregas, até então sem data definida ou que possa ser informada aos SES. Ultrapassado o debate sobre o item anterior, seguiu-se ao ponto **5.4 Situação atual sobre autorizações dos leitos de UTI SRAG/ COVID 19 e habilitações de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP)** para o qual a assessora técnica Eliana Dourado informou que, aos 24.05.2021, haviam 24.077 leitos COVID habilitados pelo Ministério da Saúde, cuja discriminação por unidade federativa está exposta no Painel Conass de monitoramento de autorizações de leitos UTI SRAG/Covid-19. Acerca da quantidade LSVP habilitados para o recebimento de recursos federais durante o 1º semestre de 2021, destacou que o acumulado

alcança 10.045 unidades, conforme se afere das Portarias publicadas no DOU em referências às portarias PT GM/MS 3.467/2020 (que contempla as portarias de habilitação para o 1º tri) e PT GM/MS 471/2021 (que contempla as portarias de habilitação para o 2º tri), sendo o número por UF devidamente apresentado à audiência. Informou que a Coordenação responsável pelo tema, no Ministério da Saúde, passa por alteração no comando e formação de equipe. A SES.SP, Silvano Portas, ressaltou a evolução, mas chamou a atenção sobre a dificuldade de relação com a equipe técnica da coordenação hospitalar, em especial acerca da conversão de leitos de UTI da assistência geral em leitos de UTI SRAG/Covid-19, aguardando indefinidamente respostas por parte do Ministério da Saúde, o que impacta na assistência ao usuário com Covid. Ressaltou que o quantitativo de LSVP tende a não ser cumulativos, sendo que a nova remessa de habilitações está válida a partir de abril. O SE/Conass, indicou que Monique Fazzi, é adjunta da SES/RJ e esteve presente na assembleia de hoje. **6 Encerramento.** Não havendo nada mais a tratar, Presidente Carlos Lula, encerrou a 5ª assembleia, por volta das 17.50h. E para constar, eu, Alethele de Oliveira Santos, lavrei a presente ata que depois de aprovada será assinada por mim, pelo Presidente Carlos Eduardo de Oliveira Lula. Os nomes registrados em sistema de vídeo conferência, acrescidos das assinaturas dos presentes, passaram a constar do Livro de Presença das Assembleias do CONASS nas folhas 106 frente e verso: **Secretários e Representantes presentes na sede do Conass:** Juan Mendes da Silva SES/AP; Ismael Alexandrino Júnior – SES/GO; Carlos Eduardo de Oliveira Lula – SES/MA; Carlos Alberto Gebrim Preto – SES/PR; **Secretários e Representantes - participação virtual:** Marcellus José Barrosos Câmpelo – SES/AM; Cássio Garcia – SES/BA; Samara Furtado – SES/DF; Nésio Fernandes de Medeiros Júnior – SES/ES; Gilberto Gomes de Figueiredo – SES/MT; Geraldo Resende Pereira – SES/MS; Rômulo Rodovalho – SES/PA; Geraldo Antônio de Medeiros – SES/PB; André Longo Araújo de Melo – SES/PE; Monique Fazzi – SES/RJ; Cipriano Maia de Vasconcelos – SES/RN; Aglaé Regina Silva – SES/RS; Fernando Rodrigues Máximo – SES/RO; Silvano Portas – SES/SP; Luiz Edgar Leão Tolini – SES/TO; Darlan Thomaz – SES/MG. **Convidados e Assessores dos Secretários:** Candice Jobim – CNJ; Inez Gadelha – MS; Luciana Vieira - SES/GO; Maria do Socorro Fernandes – SES/ES; Arnaldo Hossepian – CNJ; Clênio Schulze – CNJ; Ramiro Sant`Ana - CNJ; Carina Pires – HSL; Denise Lucena – SES/MS. **Secretaria Executiva do CONASS:** Alethele de Oliveira Santos; Carla Ulhôa André; Tereza Cristina Amaral; Fernando Campos Avendanho; Leonardo Moura Vilela; Luciana Tôledo; Marcus Vinícius Carvalho; Maria Cecília Martins Brito; Maria José de Oliveira Evangelista; Nereu Henrique Mansano; René José Moreira dos Santos; Rita Cataneli; Adriane Cruz; Gabriela Barcellos; Cleomar Dias; Adriano Salgado; Jurandi Frutuoso Silva; Fernando Passos Cupertino de Barros; Eliana Dourado; Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior; Haroldo Pontes; Felipe Ferré; Juliane Alves; Heber Dobis Bernarde.