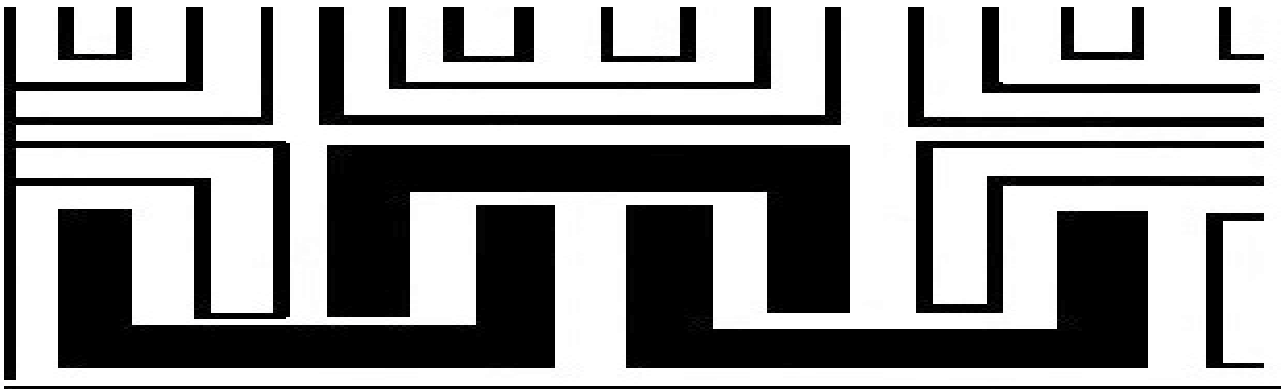


6

Seguridade Social





LEI ORGÂNICA DA SEGURIDADE SOCIAL

LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991.

Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências.

CONSOLIDACÃO DA LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991, DETERMINADA PELO ART. 12 DA LEI Nº 9.528, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1997

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

LEI ORGÂNICA DA SEGURIDADE SOCIAL

TÍTULO I

CONCEITUAÇÃO E PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. A Seguridade Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

- c) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- d) irredutibilidade do valor dos benefícios;
- e) equidade na forma de participação no custeio;
- f) diversidade da base de financiamento;
- g) caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

(...)

TÍTULO II DA SAÚDE

Art. 2º A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único. As atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

- a) acesso universal e igualitário;
- b) provimento das ações e serviços através de rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único;
- c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- d) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;

e) participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde;

f) participação da iniciativa privada na assistência à saúde, obedecidos os preceitos constitucionais.

TÍTULO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Art. 3º A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

Parágrafo único. A organização da Previdência Social obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

- a) universalidade de participação nos planos previdenciários, mediante contribuição;
- b) valor da renda mensal dos benefícios, substitutos do salário de contribuição ou do rendimento do trabalho do segurado, não inferior ao do salário mínimo;
- c) cálculo dos benefícios considerando-se os salários de contribuição, corrigidos monetariamente;
- d) preservação do valor real dos benefícios;
- e) previdência complementar facultativa, custeada por contribuição adicional.

TÍTULO IV DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 4º A Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social.

Parágrafo único. A organização da Assistência Social obedecerá às seguintes diretrizes:

- a) descentralização político-administrativa;
- b) participação da população na formulação e controle das ações em todos os níveis.

TÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL

Art. 5º As ações nas áreas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, conforme o disposto no Capítulo II do Título VIII da Constituição Federal, serão organizadas em Sistema Nacional de Seguridade Social, na forma desta Lei.

Art. 6º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.216-37, de 31.8.01)

Art. 7º (Revogado pela Medida Provisória nº 2.216-37, de 31.8.01)

Art. 8º As propostas orçamentárias anuais ou plurianuais da Seguridade Social serão elaboradas por Comissão integrada por 3 (três) representantes, sendo 1 (um) da área da saúde, 1 (um) da área da previdência social e 1 (um) da área de assistência social.

Art. 9º As áreas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social são objeto de leis específicas, que regulamentarão sua organização e funcionamento.

(...)

Art. 104. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 105. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 24 de julho de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR
Antonio Magri

SAÚDE**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o

trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II**DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE****DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I**Dos Objetivos e Atribuições**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação

da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e

circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

(...)

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio

ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

(...)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

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

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

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

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

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

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

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

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

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO ÂMBITO DO SUS

DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999.

Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 14, inciso XVII, alínea “c”, 18, inciso X e 28-B da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

D E C R E T A:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

I - o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;

II - a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil;

III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;

IV - o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal;

V - a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde;

VI - a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil;

VII - a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS;

VIII - a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e

IX - o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Parágrafo único. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.

Art. 6º Os arts. 1º, 2º e 6º do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º As ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas voltadas às comunidades indígenas constituem encargos da União.” (NR)

“Art. 2º As ações de que trata este Decreto dar-se-ão mediante programas nacionais e projetos específicos, de forma integrada entre si e em relação às demais ações desenvolvidas em terras indígenas, elaboradas e executadas pelos Ministérios da Justiça, da Agricultura e do Abastecimento, do Meio Ambiente e da Cultura, ou por seus órgãos vinculados e entidades supervisionadas, em suas respectivas áreas de competência legal, com observância das normas estabelecidas pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.” (NR)

“Art. 6º A Comissão Intersetorial será constituída por:

I - um representante do Ministério da Justiça, que a presidirá;

II - um representante do Ministério da Agricultura e do Abastecimento;

III - um representante do Ministério da Saúde;

IV - um representante do Ministério do Meio Ambiente;

V - um representante do Ministério da Cultura;

VI - um representante do Ministério das Relações Exteriores;

VII - um representante da Fundação Nacional do Índio;

VIII - um representante da Fundação Nacional da Saúde;

IX - dois representantes da Sociedade Civil, vinculados a entidades de defesa dos interesses das comunidades indígenas.” (NR)

Art. 7º Ficam remanejados, na forma deste artigo e do Anexo I a este Decreto, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, um DAS 101.4; dois DAS 101.3; vinte e quatro DAS 101.1 e quarenta e nove FG-1.

Parágrafo único. Em decorrência do disposto no caput deste artigo, os Anexos LXVIII e LXXIV ao Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994, passam a vigorar na forma dos Anexos II e III a este Decreto.

Art. 8º A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

§ 1º Os Distritos de que trata este artigo serão dirigidos por um Chefe DAS 101.1 e auxiliados por dois Assistentes FG-1.

§ 2º Ficam subordinadas aos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas as Casas do Índio, transferidas da FUNAI para a FUNASA, cada uma delas dirigida por um Chefe FG - 1.

§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.

§ 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

- I - aprovação do Plano Distrital;
- II - avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e
- III - apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 5º Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão integrados de forma paritária por:

- I - representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e
- II - representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde.

Art. 9º Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

- I - manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;
- II - avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;
- III - indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e
- IV - fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

Art. 10. As designações dos membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Locais de Saúde serão feitas, respectivamente, pelo Presidente da FUNASA e pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, mediante indicação das comunidades representadas.

Art. 11. A regulamentação, as competências e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão feitas pelo Presidente da FUNASA, até a publicação do novo Estatuto e do Regimento Interno da Fundação.

Art. 12. Os cargos em comissão e as funções de confiança integrantes das unidades descentralizadas da FUNASA serão providos, exclusivamente, por servidores do Quadro de Pessoal Permanente, ativo ou inativo, da Fundação Nacional de Saúde ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde.

§ 1º Além da exigência estabelecida no caput deste artigo, deverão ocupar, ou ter ocupado, no caso de servidor inativo, cargo permanente de nível superior e ter experiência mínima de cinco anos em cargos de direção ou função de confiança no Ministério da Saúde ou em suas entidades vinculadas, os ocupantes dos seguintes cargos:

- I - Coordenador Regional da FUNASA;
- II - Diretor do Instituto Hélio Fraga;
- III - Diretor do Instituto Evandro Chagas; e
- IV - Diretor do Centro Nacional de Primatas.

§ 2º Excetuam-se das disposições deste artigo:

- I - os servidores que, na data da publicação deste Decreto, se encontrem no exercício dos mencionados cargos e funções; e
- II - as nomeações de advogados para os cargos em comissão de Assessor Jurídico das unidades descentralizadas da FUNASA, até a realização de concurso público específico.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Ficam revogados os arts. 11, 12, 13 e 14 do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994; e os Decretos nºs 1.479, de 2 de maio de 1995, 1.779, de 9 de janeiro de 1996; e 2.540, de 8 de abril de 1998.

Brasília, 27 de agosto de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Carlos Dias
José Serra
Martus Tavares

POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

DECRETO Nº 6.117, DE 22 DE MAIO DE 2007.

Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, consolidada a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo Decreto de 28 de maio de 2003, que formulou propostas para a política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas, na forma do Anexo I.

Art. 2º A implementação da Política Nacional sobre o Álcool terá início com a implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade a que se refere o Anexo II.

Art. 3º Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Art. 4º A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool.



Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 22 de maio de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Tarso Genro
Fernando Haddad
Marcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli
Marcio Fortes de Almeida
Jorge Armando Felix

ANEXO I

POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

I - OBJETIVO

1. A Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

(...)

ANEXO II

Conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

1. Referente ao diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil:

1.1 Publicar os dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo do Álcool na População Brasileira, observando o recorte por gênero e especificando dados sobre a população jovem e a população indígena;

(...)

5. Referente à redução da demanda de álcool por populações vulneráveis:

5.1 Intensificar a fiscalização quanto ao cumprimento do disposto nos arts. 79, 81, incisos II e III, e 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente;

5.2 Intensificar a fiscalização e incentivar a aplicação de medidas proibitivas sobre venda e consumo de bebidas alcoólicas nos campos universitários;

5.3 Implementar o “Projeto de Prevenção do Uso de Álcool entre as Populações Indígenas”, visando à capacitação de agentes de saúde e de educação, assim como das lideranças das comunidades indígenas, para a articulação e o fortalecimento das redes de assistência existentes nas comunidades e nos municípios vizinhos;

(...)

PLANO NACIONAL DE SAÚDE**PORTARIA MS Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004**

Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando os dispositivos da Lei nº 8.080/90, relativos a planejamento, entre os quais o art. 15 que, em seu inciso VIII, estabelece como atribuições comuns das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde;

Considerando a necessidade de se dispor do Plano Nacional de Saúde - PNS como instrumento de referência indispensável à atuação das esferas de direção do SUS;

Considerando a contribuição do PNS na redução das desigualdades em saúde, mediante a pactuação de metas estratégicas para a melhoria das condições de saúde da população e para a resolubilidade do SUS;

Considerando a importância do PNS para a participação e o controle social das ações e dos serviços de saúde desenvolvidas no País;

Considerando o processo empreendido na construção do PNS, que mobilizou diferentes áreas do setor e segmentos da sociedade, possibilitando a elaboração de um Plano Nacional com capacidade para responder a demandas e necessidades prioritárias de saúde no País; e

Considerando a aprovação do PNS pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião do dia 4 de agosto de 2004, resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1º O PNS será objeto de revisão sistemática, na conformidade das necessidades indicadas pelo respectivo processo de monitoramento e avaliação.

§ 2º A íntegra do PNS estará disponível na página do Ministério da Saúde/MS na internet, endereço www.saude.gov.br.

Art. 2º Atribuir à Secretaria-Executiva, do Ministério da Saúde, a responsabilidade pelo processo de gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Parágrafo único. A Secretaria-Executiva promoverá a identificação e a implementação de mecanismos e estratégias necessários ao cumprimento da responsabilidade de que trata este artigo, contando, para tanto, com a participação dos órgãos e das entidades do Ministério.

Art. 3º Estabelecer que os órgãos e entidades do MS procedam, no que couber e segundo os prazos legais estabelecidos, à elaboração e/ou à readequação de seus programas, atividades e projetos, segundo os objetivos, as diretrizes e as metas estabelecidas no PNS.

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

HUMBERTO COSTA



ANEXO

PLANO NACIONAL DE SAÚDE - UM PACTO PELA SAÚDE NO BRASIL

Ao concluir a elaboração do Plano Plurianual/PPA 2004-2007, no âmbito da Saúde, o Ministério da Saúde/MS decidiu, mantendo e ampliando a mobilização alcançada neste processo, iniciar a construção do Plano Nacional de Saúde/PNS, uma iniciativa até então inédita no âmbito federal do Sistema Único de Saúde/SUS, embora o arcabouço legal do Sistema trate também, de forma específica, deste instrumento de gestão.

A Lei nº 8.080/90 estabelece como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (artigo 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do artigo 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Já a Lei nº 8.142/90 fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, os estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o Plano de Saúde (artigo 4º). Igualmente, o Decreto nº 1.232/94, concernente à transferência de recursos fundo a fundo, também se refere ao plano de saúde ao tratar da distribuição de recursos segundo estimativas populacionais e do acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”.

Quanto à formulação, a referência existente é a Portaria nº 548/2001, que aprova as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda

de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”. Especificamente em relação ao plano de saúde, as orientações aprovadas pela mencionada Portaria definem, entre outros aspectos, que: (1) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (2) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica, devendo ser submetidos, na íntegra, aos respectivos Conselhos de Saúde; e (3) a formulação e o encaminhamento do Plano Nacional de Saúde são competência exclusiva do MS, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde/CNS apreciá-lo e propor as modificações julgadas necessárias.

O processo de planejamento, no contexto da saúde, deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade. Dessa interação - motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população - resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Nesse sentido, o planejamento das ações de saúde necessárias a uma comunidade - por intermédio do plano - concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população.

O Plano de Saúde é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam, assim, a direcionabilidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal. A elaboração, tanto do plano quanto dos instrumentos que o operacionalizam, é entendida como um processo dinâmico que permite, assim, a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados ou em decorrência da mudança de cenários, seja

de obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados. Dessa forma, o plano requer, como estratégia básica de sua implementação, a gestão compartilhada entre as três esferas de governo que, aliada ao sistema de monitoramento e avaliação correspondente, possibilita aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações, de sua eficácia, efetividade e, desse modo, indicar rearranjos em torno dos parâmetros iniciais traçados.

(...)

3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

(...)

Atualmente, os povos indígenas compreendem aproximadamente 410 mil pessoas, ocupando cerca de 12% do território nacional (Brasil, 2002e). Perto de 60% dos índios vivem nas Regiões Centro-Oeste e Norte, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

O perfil epidemiológico da população indígena é marcado por altas taxas de incidência por doenças respiratórias e gastrointestinais agudas, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição, doenças imunopreveníveis, malária e tuberculose. Além disso, tornam-se cada vez mais frequentes problemas tais como hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio. No tocante à saúde indígena, assinala-se que os dados mostram que a mortalidade infantil vem declinando a uma média de 10,6% ao ano, em relação a 1998, quando era de 96,8 por 1000 nascidos vivos, chegando, em 2002, a um coeficiente de 55,7 por 1000 nascidos vivos. Vale ressaltar que, em 2000, o coeficiente de mortalidade infantil para as crianças não indígenas foi de 29,6 por 1000 nascidos vivos.

A imunização destaca-se como uma das principais ações para a prevenção de doenças, havendo um esquema vacinal especial para as áreas indígenas, com ampliação de imunobiológicos disponíveis

e de categorias de idade elegíveis. Contudo, a sua operacionalização é complexa e não tem sido efetivamente executada pelas equipes de saúde, devido, em parte, a algumas dificuldades, como: (a) transporte dos imunobiológicos e seus respectivos insumos; (b) insuficiência de veículos e a sua inadequação para o transporte dos imunobiológicos; (c) falta de pontos de apoio com energia para a conservação das vacinas; e (d) necessidade de acondicionamento, conservação e transporte, em condições especiais, dos imunobiológicos, principalmente nas áreas indígenas da Amazônia Legal, onde se encontram 54,2% da população.

(...)

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA SEGUNDO AS SUAS ESPECIFICIDADES

A estruturação e a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI configurarão medidas prioritárias a partir das quais será organizada a atenção integral à saúde dessa população, tendo em conta as suas especificidades e cultura.

Com o objetivo de evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas e dos processos de trabalho na prestação dos serviços de atenção à saúde indígena, serão incorporadas a estes a gestão de riscos sanitários de acordo com suas peculiaridades. Os esforços nesse sentido envolverão, entre outros, o desenvolvimento de diagnóstico situacional de risco sanitário para a população indígena, por DSEI, bem como a instrumentação e a capacitação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para ações de controle de risco sanitário nos DSEI. Serão também promovidas capacitações específicas em vigilância sanitária que possibilitem aos profissionais atuar na orientação do consumo de produtos de saúde (medicamentos, alimentos etc.), contemplando as particularidades de saúde dos índios.

As ações destinadas à prevenção e ao controle das doenças prevalentes, como a tuberculose, deverão ser objeto de atenção especial, bem como a universalização da cobertura vacinal das crianças menores de cinco anos de idade, ao lado de outras ações específicas com vistas à redução da mortalidade infantil.

Configurarão prioridades também a capacitação dos profissionais de saúde que atuam junto a essas populações e a adoção de medidas que evitem a rotatividade desses profissionais, mediante, por exemplo, a criação de incentivo específico.

Metas Período

Alcançar a homogeneidade da cobertura vacinal em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e garantir todas as vacinas preconizadas no calendário vacinal indígena. 2004-2007

Reduzir em 85% a incidência de desnutrição em menores de cinco anos de idade na população indígena. 2004-2007

Implementar ações de vigilância sanitária em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. 2004-2007

Reduzir em 25% a incidência de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva na população indígena. 2004-2007

Reduzir em 60% a incidência de malária na população indígena. 2004-2007

Reduzir em 60% a mortalidade infantil na população indígena. 2004-2007

Implantar a atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. 2004-2007

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

PORTARIA MS Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de o Setor Saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e

Considerando a aprovação da proposta da política mencionada, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião ordinária de novembro de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
DOS POVOS INDÍGENAS

1 – Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde –, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário

que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 – Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há

situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de “evolução” e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação”.

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no

modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era freqüente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestar atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS

na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 – Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria

maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país.

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto

em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população em 1999 estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 2.000, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca

cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais freqüentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior freqüência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima,

por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami.

Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até 2000, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais,

é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação à DST, co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e uma inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil, até 1999. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em

dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 – Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

4.1 – Distrito Especial Sanitário Indígena

4.1.1 – Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 – Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde.

Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência

de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 – Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/ Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos

existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 – Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado

sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações. Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 – Articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 – Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e

incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;
- f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 – Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

- 1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;
- 2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;
- 3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;
- 4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões

e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7 – Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 – Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos freqüentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter

como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 – Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 – Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste

processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações. O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

Articulação intra-setorial

Do ponto de vista da articulação intra-setorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 – Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;
- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;
- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 – Fundação Nacional do Índio – FUNAI/MJ

A Fundação Nacional do Índio - FUNAI é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre

suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 – Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 – Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CONEP foi criada pelo Conselho Nacional

de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 – Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

**DIRETRIZES DA GESTÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**

**PORTARIA MS Nº 70/GM EM 20 DE JANEIRO
DE 2004.**

Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, com base no art. 198 da Constituição Federal, na Lei nº 8080/90 e no uso das competências conferidas pelo Decreto nº 4.726, de 9 de julho de 2003; e

Considerando a necessidade de aprimorar a política nacional de atenção à saúde indígena;

Considerando o direito dos Povos Indígenas ao atendimento integral à saúde e o respeito às peculiaridades etnoculturais;

Considerando a necessidade de obtenção de resultados concretos na correta aplicação dos recursos de custeio do Subsistema de Saúde Indígena, e de dar continuidade à prestação dos serviços; e

Considerando que a definição do modelo de gestão da saúde indígena deve nortear as práticas sanitárias e a organização dos serviços de saúde, voltados para as populações aldeadas,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma anexa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

**DIRETRIZES DO MODELO DE GESTÃO DA
SAÚDE INDÍGENA**

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes:

I - A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;

II - O objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde;

III - A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania;

IV - O Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal;

V - Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;

VI - A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan);

pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;

VII - O processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais;

VIII - Na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e

IX - A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete:

I - Formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde - FUNASA - compete:

I - Coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - Planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas;

II - Planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas;

III - Coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena;

IV - Promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena;

V - Propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena;

VI - Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI;

VII - Implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

VIII - Articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e

IX - Propor alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - Coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena;

II - Planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena;

III - Articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

IV - Articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena;

V - Assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

VI - Homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

VII - Articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e

VIII - Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete:

I - Planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena;

II - Executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade;

III - Acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho;

IV - Avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

V - Alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência;

VI - Propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

VII - Assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho Locais de Saúde Indígena;

VIII - Articular as práticas de saúde indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

IX - Executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

X - Executar em conjunto com a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

XI - Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena;

XII - O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e

XIII - Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete:

I - Aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;

II - Acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e

III - Exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena.

Art. 8º Aos Estados, Municípios e instituições governamentais e não governamentais compete:

I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

Parágrafo único. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo.

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena, previstas nesta portaria.

RESPONSABILIDADES NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

PORTARIA MS Nº 2.656, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições da assistência à saúde dos povos indígenas;

Considerando a Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria nº 644/GM, de 27 de março de 2006, que institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 31 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o quantitativo de população indígena por município, conforme a base de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI, da Fundação Nacional de Saúde;

Considerando que a política de gestão da atenção à saúde para os povos indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;

Considerando a necessidade de assegurar a identificação de responsabilidade nas três esferas de governo, orientações ao financiamento e execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

Considerando a necessidade de garantia da atenção integral à saúde dos povos indígenas com a participação dos vários órgãos de gestão do SUS e das várias instâncias de controle social no SUS levando-se em consideração a organização e a hierarquização da rede assistencial;

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde a organização da atenção integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com Estados e Municípios, respeitando as especificidades étnicas e culturais, garantindo o acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde - SUS, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde, por meio dos mecanismos já existentes de financiamento e da reestruturação da política de incentivos; e

Considerando que os povos indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação,

deliberação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como:

Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso, e Conselhos Distritais de Saúde Indígena, resolve:

Art. 1º Determinar que o planejamento, a coordenação e a execução das ações de atenção à saúde às comunidades indígenas dar-se-á por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, com a efetiva participação do controle social indígena, em estreita articulação com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS), em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Art. 2º Regulamentar o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas e o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, criados pela Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, que doravante passam a ser denominados Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI.

§ 1º Os recursos de que tratam o caput deste artigo serão transferidos ao respectivo gestor na modalidade fundo a fundo mediante pactuação.

§ 2º Os recursos do IAB-PI e do IAE-PI comporão blocos de financiamento da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, instituídos pela Portaria nº 204/GM, de 31 de janeiro de 2007.

Art. 3º Definir que a aplicação dos recursos do Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas devam estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios.

Parágrafo único. Os Planos Municipais e Estaduais de Saúde devem inserir as ações voltadas à Saúde Indígena, de forma compatível ao Plano Distrital de Saúde Indígena.

Art. 4º Estabelecer que o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI seja utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas.

§ 1º Os valores do IAB-PI serão calculados pela soma de um valor fixo - parte fixa do IAB-PI acrescido de valor per capita regionalizado multiplicado pela população indígena de cada município, conforme relação da população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA e proposta de distribuição dos valores referentes ao IAB-PI, por município - 2007, constantes do Anexo a esta Portaria.

§ 2º O valor do IAB-PI dividido pela população indígena do município não poderá exceder o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) reais/habitante/ano, exceto para os Municípios da Amazônia Legal com população indígena acima de 50 habitantes.

§ 3º O IAB-PI será transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios, Estados e do Distrito Federal.

§ 4º Definir que o valor da parte fixa do IAB-PI corresponda a:

I - R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) mensais, para Municípios com população indígena com 100 habitantes ou mais; e

II - R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais) mensais, para Municípios com população indígena inferior a 100 habitantes.

§ 5º Estabelecer os seguintes valores per capita anuais por região:

I - Municípios da Região da Amazônia Legal: R\$ 300,00 (trezentos reais);

II - Municípios da Região Nordeste e dos Estados de Mato Grosso do Sul, de Goiás e de Minas Gerais: R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais); e

III - Municípios da Região Sul, demais Estados da Região Sudeste e do Distrito Federal: R\$ 100,00 (cem reais).

§ 6º Os Municípios que estão recebendo, por meio da legislação em vigor, valores superiores aos estabelecidos nesta Portaria, serão avaliados pela FUNASA com acompanhamento do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), que poderá readequar esses valores, desde que a aplicabilidade esteja de acordo com as responsabilidades pactuadas e respeitados os limites orçamentários.

§ 7º Os Municípios poderão estabelecer consórcio, na forma do disposto na legislação pertinente, em especial a Lei nº 11.107, de 2005, ou outros mecanismos legais em vigor, para o remanejamento de recursos, entre si, para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um Município, com a participação da FUNASA e do Controle Social Indígena.

§ 8º Existindo Municípios que não disponham atualmente de condições técnico-operacionais para aderir às estratégias específicas, as quais se destinam à utilização dos recursos do IAB-PI, poderão as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde receber transitoriamente esses recursos para o desenvolvimento das mesmas.

Art. 5º Definir que a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos:

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal.

II - Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no inciso I deste artigo, tais como nutricionistas, farmacêuticos/bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena.

Parágrafo único. A definição de quais profissionais deverão compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena - EMSI priorizará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada, aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos.

Art. 6º Estabelecer que o Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI destine-se à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena.

§ 1º Os valores estabelecidos serão repassados aos Municípios e aos Estados de forma, regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

§ 2º O incentivo de que trata o caput deste artigo incidirá sobre os procedimentos pagos do SIH/SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

§ 3º O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Fundação Nacional de Saúde, identificará os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas.

§ 4º Para a identificação e recomendação dos estabelecimentos de que tratam o § 3º, as unidades certificadas, conforme a Portaria nº 645/GM, de 27 de março de 2006, que institui o Certificado do Hospital Amigo do Índio, serão priorizadas.

§ 5º Fica o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o respectivo gestor, responsáveis por pactuar a referência e a contra-referência para a atenção especializada, ambulatorial e hospitalar na rede de serviços contemplando as metas previstas na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

Art. 7º Determinar que os incentivos objetos de regulamentação nesta Portaria serão repassados a Municípios e a Estados mediante:

I - Termo de pactuação no qual constarão as responsabilidades e atribuições da atenção à saúde dos povos indígenas pactuado pela FUNASA, SAS, Municípios ou Estados, Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Deverá ser apresentado e aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde Municipais ou Estaduais e, posteriormente, ratificados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB com a participação de representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI).

II - cadastramento e atualização periódica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES:

- a) dos estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI; e
- b) das unidades básicas de saúde com suas respectivas EMSI, conforme Portaria nº 511/SAS, de 29 de dezembro de 2000, e legislação regulamentar a ser publicada.

§ 1º Os atos de pactuação se darão no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI/Coordenação Regional - CORE/FUNASA.

§ 2º O Termo de Pactuação deverá ser parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde nas suas Dimensões pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores nos diferentes níveis e os indicadores de monitoramento e avaliação.

Art. 8º Definir que o Termo de Pactuação da Atenção Básica aos Povos Indígenas deverá conter: a composição da equipe com a quantidade e a formação dos profissionais; carga horária; plano de trabalho; indicadores e metas a serem alcançados, de acordo com o Plano Distrital e indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde.

Art. 9º Definir que o Termo de Pactuação da Atenção Especializada aos Povos Indígenas deverá contemplar: a relação da oferta dos serviços; a população indígena potencialmente beneficiária; metas quali-quantitativas e os seus respectivos valores; definição do fluxo de referência e contra-referência e estratégias de acolhimento.

§ 1º Os estabelecimentos de saúde contratados ou conveniados com o SUS deverão assinar com o gestor estadual ou municipal o Termo de Compromisso do Prestador de Serviços, devendo este ser parte integrante do Termo de Pactuação da Atenção Especializada.

§ 2º Em se tratando de município ou estado habilitado a receber os dois incentivos, os termos de pactuação serão unificados.

Art. 10. Determinar que as atribuições da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA sejam:

- I - garantir o acesso e integralidade do cuidado à saúde das comunidades indígenas;
- II - estabelecer diretrizes para a organização e operacionalização da atenção em saúde com base no quadro epidemiológico e nas necessidades de saúde das comunidades indígenas;
- III - implementar os Distritos Sanitários Especiais

Indígenas - DSEI por meio das Coordenações Regionais - CORE e do Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA, visando ao fortalecimento da interação entre pólo-base e a rede local de atenção à saúde;

IV - realizar o gerenciamento das ações de saúde no âmbito dos DSEI;

V - garantir em conjunto com a SAS recursos financeiros para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde indígena;

VI - garantir recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como estratégia complementar a articulação com Municípios, Estados e organizações não-governamentais;

VII - realizar acompanhamento, supervisão, avaliação e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI, em conjunto com os demais gestores do SUS;

VIII - articular junto aos Municípios, Estados e Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena os atos de Pactuações das responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com a Secretaria de Atenção a Saúde - SAS;

IX - acompanhar e avaliar, em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, os instrumentos de que tratam os artigos 8º e 9º desta Portaria.

X - encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção Básica e Atenção Especializada aos Povos Indígenas firmados aos Conselhos de Saúde Indígena, para acompanhamento;

XI - promover as condições necessárias para os processos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na Saúde Indígena em articulação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SEGETS;

XII - pactuar junto aos Estados e Municípios no âmbito do Plano Distrital que compõe o Termo de Pactuação da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

a) os insumos necessários à execução das ações de saúde de atenção à saúde dos povos indígenas;

b) os meios de transporte para o deslocamento da Equipe Multidisciplinar às comunidades e para a remoção de pacientes que necessitem de procedimentos médicos (e/ou exames) de maior complexidade, bem como para internação hospitalar na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena de acordo com as referências estabelecidas;

c) infra-estrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades;

XIII - articular junto à CIB o fluxo de referência de pacientes de comunidades indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

XIV - articular, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e à CIB, a criação de câmaras ou comissões técnicas de saúde indígena;

XV - realizar os investimentos necessários para dotar as aldeias de soluções adequadas de saneamento ambiental;

XVI - realizar e manter o cadastro nacional da população indígena atualizado por meio da implementação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena;

XVII - disponibilizar informações necessárias para o cadastramento e atualização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis;

XVIII - Abastecer, quando for o caso, e garantir que os órgãos governamentais e não governamentais que atuam na atenção à Saúde dos Povos Indígenas alimentem os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor;

XIX - analisar o desempenho dos Municípios e dos Estados no cumprimento das Pactuações previstas nesta Portaria; e

XX - apoiar e cooperar tecnicamente com Estados e Municípios.

Art. 11. Definir as atribuições dos Estados:

I - prestar apoio técnico aos municípios, às Coordenações Regionais da FUNASA e aos DSEI;

II - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Estadual de Saúde, definindo outras atribuições caso necessário;

III - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e dos estabelecimentos de saúde contemplados nos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas;

IV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação relativos à Atenção à Saúde Indígena enviados pelos Municípios de acordo com fluxo e prazos estabelecidos para cada sistema;

V - organizar, em conjunto com os DSEI e Secretarias Municipais, fluxos de referência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR e Programação Pactuada e Integrada, respeitando os limites financeiros estabelecidos;

VI - garantir e regular o acesso dos povos indígenas aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar conforme Programação Pactuada e Integrada;

VII - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;

VIII - participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde dos povos indígenas, em conjunto com os DSEI e as Secretarias Municipais de Saúde no território estadual; e

IX - encaminhar os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para homologação na CIB.

Art. 12. Definir as atribuições dos Municípios e do Distrito Federal:

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde;

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde;

III - assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde, em especial nos municípios que firmarem os Termos de Pactuação para a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

IV - participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena;

V - avaliar e acompanhar em conjunto com os DSEI e Estados as ações e serviços de saúde realizados previstos nesta Portaria;

VI - participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena;

VII - garantir a inserção das metas e ações de atenção básica, voltadas às comunidades indígenas no Plano Municipal de Saúde;

VIII - enviar à CIB os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas para avaliação e homologação; e

IX - definir, em conjunto com a FUNASA, o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena, de acordo com os Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas.

Art. 13. Definir as atribuições da participação complementar para garantir a cobertura assistencial aos povos indígenas:

I - atuar de forma complementar, enquanto as disponibilidades dos serviços públicos de saúde

forem insuficientes, na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no Plano Distrital de Saúde Indígena e nos respectivos Planos de Trabalho;

II - alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, conforme normas em vigor, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, repassando ao respectivo gestor as informações; e

III - participar das reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Art. 14. Definir as atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS:

I - organizar, em conjunto com a FUNASA, Estados e Municípios, a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito nacional;

II - adequar os sistemas de informações do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena;

III - viabilizar que Estados e Municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e na execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS; e

IV - garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Parágrafo único. A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas configura ato ilícito e é passível de punição pelos órgãos competentes.

Art. 15. Definir as atribuições dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena:

I - participar do processo de formulação das necessidades e metas a serem objetos dos Termos de Pactuação expressas nos Planos Distritais de Saúde Indígena, em conjunto com o Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI; e

II - acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho.

Art. 16. Determinar que o monitoramento do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e o Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas se dará por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a serem preenchidos e remetidos ao Ministério da Saúde pelos Municípios e Estados contemplados conforme normas em vigor, a saber:

a) Informações no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e Profissionais Habilitados;

b) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA;

c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

e) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN;

f) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIS-PNI;

g) Informação de Produção dos Estabelecimentos de Saúde previstos nos termos de pactuação; e

h) Sistema de Informações Hospitalares - SIH, quando for o caso.

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal que não alimentarem regularmente os Sistemas de Informação em Saúde com o atendimento hospitalar e ambulatorial aos Povos Indígenas por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados terão o repasse dos incentivos suspenso.

§ 2º O repasse dos incentivos IAE-PI e IAB-PI será suspenso, caso sejam detectadas, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Art. 17. Estabelecer que compete à Secretaria de Atenção a Saúde - SAS/MS e à FUNASA, por meio do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, o monitoramento da implantação e implementação

da regulamentação de que trata esta Portaria, com a participação das instâncias de controle social.

Parágrafo único. Deverá ser criado, em portaria específica, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de publicação desta Portaria, Grupo de Trabalho Tripartite para o desenvolvimento do trabalho de monitoramento de que trata este artigo.

Art. 18. Determinar que o acompanhamento e a avaliação da aplicação dos recursos do IAB-PI e IAE-PI se dará por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Parágrafo único. Os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde deverão fornecer aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, quando solicitado, cópia da documentação relativa à prestação de contas anual referentes aos recursos do IAB-PI e IAE-PI.

Art. 19. Estabelecer que as pactuações em vigor, que não estiverem de acordo com a presente regulamentação, deverão ser repactuadas, observados os preceitos ora dispostos.

Art. 20. Definir que os Estados e Municípios que farão jus aos recursos previstos nesta Portaria terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para se adequarem aos preceitos definidos a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA poderão estabelecer, em portarias específicas ou em conjunto, outras medidas necessárias à implementação desta Portaria.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 23. Revogar a Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, publicada no Diário Oficial de 15 de setembro de 1999, Seção 1.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM COMUNIDADES INDÍGENAS

PORTARIA Nº 2405/GM EM 27 DE DEZEMBRO DE 2002.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições com base no disposto na Lei nº 9836 de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que define a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, considerando:

Que o acesso à alimentação é um direito humano fundamental na medida em que se constitui na primeira condição para a própria vida;

Que a concretização deste direito compreende responsabilidades tanto por parte do Estado, quanto da sociedade e dos indivíduos, cabendo ao Estado respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma adequada;

Que a atenção à saúde dos povos indígenas deve ser organizada e orientada por suas especificidades étnicas e culturais;

Que os problemas nutricionais entre populações indígenas estão associados não somente à escassez de alimentos, mas também ao processo de sedentarização a que foram forçadas essas populações e à degradação das condições ambientais e sanitárias geradas pelas mudanças nos padrões de assentamento;

Que as iniciativas atualmente existentes visando à segurança alimentar dos povos indígenas são insuficientes para atender as suas necessidades e não se articulam entre si, devendo ser apoiadas ou ampliadas;

Que é imperativo atuar na redução das desigualdades e empreender todos os esforços para equalizar as chances dos povos indígenas terem uma vida saudável e terem assegurado o seu direito à alimentação, resolve:

Art. 1º Criar o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas - PPACI, objetivando promover a segurança alimentar e nutricional, de forma sustentável, e consolidar as ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica à saúde prestada às populações indígenas, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Art. 2º A forma de operacionalização do PPACI será definida por intermédio de decisão dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena observando as alternativas abaixo descritas:

I - Inserção da população indígena no cadastro de beneficiários do Programa Bolsa Alimentação visando o acesso ao auxílio financeiro direto e individual previsto no Programa.

II - Fornecimento de alimentos por meio da Funasa, diretamente a população beneficiária, limitado a situações de elevado risco nutricional e em caráter emergencial e respeitando os hábitos alimentares da população beneficiária.

III - Fomento às atividades coletivas de produção de alimentos e/ou geração de renda.

Art. 3º O cadastramento previsto no item 1 será realizado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Art. 4º O apoio para o desenvolvimento de atividades produtivas será realizado mediante a constituição de um fundo financeiro composto pelo somatório dos recursos individuais de cada comunidade indígena, destinado ao custeio de projetos coletivos auto-sustentáveis.

Parágrafo único. A operacionalização poderá ocorrer por intermédio de parcerias com entidades

governamentais e não governamentais com reconhecida experiência de atuação na área de saúde, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento sustentável e preservação ambiental.

Art. 5º Para definição dos recursos a serem alocados ao PPACI será observada a cobertura da totalidade população materno-infantil indígena.

Art. 6º As ações decorrentes da utilização destes recursos destinam-se à promoção da alimentação saudável nas comunidades indígenas, devendo ser complementares às ações desenvolvidas pela Fundação Nacional do Índio e pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, não eximindo as competências, funções e responsabilidades destes órgãos atinentes à garantia da segurança alimentar e nutricional dos povos indígenas.

Art. 7º Caberá aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena a participação na elaboração e no acompanhamento das ações do programa.

Art. 8º A coordenação do Programa será realizada de forma articulada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde, por intermédio de sua Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição e do seu Departamento de Saúde Indígena, respectivamente.

Art. 9º Os Conselhos de Saúde atuarão no controle da execução do Programa na instância correspondente.

Art. 10. A Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde adotarão as providências necessárias para o cumprimento das disposições constantes nesta Portaria.

Art. 11. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI



COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

PORTARIA GM Nº 1.088, DE 4 DE JULHO DE 2005.

Dispõe sobre a definição dos valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas e sobre a composição e organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as competências do Ministério da Saúde como gestor nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto nos artigos 9º, 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que a gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;

Considerando o disposto na Lei 9.836, de 23 de setembro 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços, entre outros, cabendo ainda, à União com seus recursos próprios financiar este Subsistema;

Considerando o disposto na Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999;

Considerando que cabe à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e conforme o disposto na Portaria nº 070/GM, de 20 de janeiro de 2004;

Considerando a necessidade de que a implementação da atenção à saúde dos povos indígenas seja orientada por suas especificidades étnicas e culturais e que estes povos enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade;

Considerando a necessidade de garantia da atenção integral à saúde dos povos indígenas com a participação das várias instâncias de gestão no SUS e de sua rede assistencial hierarquizada; e

Considerando que a rede do SUS deverá ser referência para a atenção integral à saúde da população indígena, devendo para isso promover adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem às populações indígenas, propiciando a integração e o atendimento necessário em todos os níveis de assistência de maneira que contemplem as especificidades dessas comunidades, resolve:

Art. 1º Definir os valores do incentivo financeiro de atenção básica de saúde aos povos indígenas de acordo com a composição da equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena (EMSI) e regionalização.

Art. 2º Instituir como equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena no âmbito da atenção básica de saúde e terá a seguinte composição mínima: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário, Agente Indígena de Saúde - AIS, Agente Indígena de Saneamento - AISAN.

Art 3º Fica garantida a possibilidade de inserção nas equipes multidisciplinares de saúde indígena de outros profissionais que atuam na saúde indígena, de acordo com a situação epidemiológica e necessidades de saúde, compondo o Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena.

Art 4º Fica estabelecida que a organização e composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos:

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, sendo composto por Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento;

II - Núcleo de Referência de Atenção Básica à Saúde Indígena - responsável pela atenção básica de saúde à população indígena, na área de abrangência dos Pólos-base de Saúde Indígena e da rede integrada do Sistema Único de Saúde SUS, sendo composto pelos profissionais Médico, Odontólogo e Auxiliar de Higiene Dental; e

III - Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI e da rede integrada do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo composto por profissionais de saúde que atuam na saúde indígena não contemplados na composição mínima da equipe multidisciplinar de saúde.

Parágrafo único. A definição dos núcleos que compõe as Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) respeitará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, acesso e complexidade dos serviços, devendo atuar de forma articulada e integrada, com clientela adscrita e território estabelecidos.

Art 5º O cadastramento, processo de trabalho e educação permanente das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) , bem como as atribuições dos profissionais que as compõe serão regulamentados em portaria específica do Ministério da Saúde.

Art 6º Determinar que a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA defina, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de publicação desta Portaria, modelo de Termo de Compromisso de Atenção Básica de Saúde Indígena a ser empregado para pactuação com os gestores municipais e estaduais de saúde.

Parágrafo único. O modelo de que trata este artigo deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Art. 7º Os valores estabelecidos serão repassados aos municípios habilitados mediante publicação pelo Ministério da Saúde de Termo de Compromisso da Atenção Básica de Saúde Indígena pactuado com os Gestores Municipais e Estaduais de Saúde, a ser elaborado pela Fundação Nacional de Saúde e Conselho Distrital de Saúde Indígena e aprovado nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites - CIB e homologado pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

I - Os respectivos valores obedecerão à composição das equipes e aos critérios estabelecidos nesta portaria, conforme anexos I e II; e

II - os Municípios que já recebem o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas terão os valores reajustados após publicação de Termo de Compromisso da Atenção Básica de Saúde Indígena.

Art. 8º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA



DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS

PORTARIA Nº 852, DE 30 DE SETEMBRO DE 1999.

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições e considerando o contido no artigo 28B, da Medida Provisória nº 1.911-10, de 24 de setembro de 1999 e nos artigos 9º e 11º do Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 e Portaria nº 828/GM, de 24 de junho de 1999, resolve:

Art. 1º – Ficam criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, de acordo com a denominação, vinculada administrativa, jurisdição territorial, sede, população, etnias, casas do índio e demais características constantes dos Anexo I a XXXIV.

Art. 2º – Ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI compete atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.

Parágrafo único – Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e sob controle social.

Art. 3º – Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes competências:

- I – aprovação do Plano de Saúde Distrital;
- II – avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e
- III – apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio;

Parágrafo 1º – O Conselho Distrital de que trata este artigo, será integrado de forma paritária por:

- I – representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades;
- II – representantes de instituições governamentais, sendo uma vaga reservada à FUNAI, e de prestadores de serviços e trabalhadores do setor saúde.

Parágrafo 2º – as indicações referidas no parágrafo anterior serão recebidas pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena e encaminhadas diretamente ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde, para a designação, por intermédio do Coordenador Regional.

Art. 4º – Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes competências:

- I – manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;
- II – avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;
- III – indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e
- IV – fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

Parágrafo único – Os representantes das comunidades indígenas encaminharão as indicações para composição do conselho de que trata este artigo diretamente ao Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, a quem caberá o ato de designação.

Art. 5º – Os integrantes dos Conselhos de que tratam os artigos 3º e 4º não serão remunerados pelas respectivas atuações, cujos trabalhos serão considerados como de relevantes serviços prestados à comunidade.

Art. 6º – Os Conselhos Distrital de Saúde Indígena e Locais de Saúde aprovarão os seus Regimentos Internos, compatíveis com as competências estabelecidas nos artigos 3º e 4º, respectivamente, no prazo máximo de até 90 dias da data de suas respectivas instalações.

Art. 7º – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão dirigidos por Chefe, Código DAS 101.1 e auxiliados por 2 (dois) Assistentes, código FG-1.

Parágrafo único – As Casas do Índio, subordinadas aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, quando houver, serão dirigidas por um Chefe, código FG-1.

Art. 8º – Ao Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, incumbe:

I – conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde a cargo do Distrito;

II – articular-se com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que participam da rede de serviços do Distrito, visando uma perfeita integração das ações do DSEI ao SUS, por intermédio do Coordenador Regional;

III – administrar o Distrito Sanitário Especial Indígena e zelar pela boa e regular aplicação dos recursos de qualquer natureza, que lhe forem destinados;

IV – conduzir a elaboração do Plano de Saúde Distrital;

V – submeter à aprovação do Conselho Distrital de Saúde Indígena o Plano de Saúde Distrital;

VI – coordenar, controlar, supervisionar e avaliar a execução das ações previstas no Plano de Saúde Distrital;

VII – zelar pelo cumprimento dos regimentos internos dos Conselhos Distrital de Saúde Indígena e Local de Saúde, garantindo condições para a realização das reuniões, conforme vier a ser estabelecido em seus respectivos Regimentos;

VIII – conduzir o processo de capacitação e educação continuada da equipe de saúde do DSEI;

IX – estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;

X – manter o processo de comunicação permanente com a Coordenação Regional e com o DEOPE;

XI – supervisionar a Casa do Índio.

Art. 9º – Ao Chefe da Casa do Índio, incumbe:

I – providenciar o recebimento de pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos;

II – providenciar o alojamento e a alimentação de pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento médico;

III – prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação;

IV – providenciar o acompanhamento de pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;

V – fazer a contra-referência com os Pólos Base e articular o retorno dos pacientes e acompanhamentos aos seus domicílios por ocasião da alta;

VI – administrar a Casa do Índio e zelar pela boa e regular aplicação dos recursos de qualquer natureza, que lhe forem destinados.

Art. 10º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURO RICARDO MACHADO COSTA



ALTERAÇÕES NOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS

PORTARIA MS Nº 1.810, DE 3 DE AGOSTO DE 2006.

Define as transformações dos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando que os direitos indígenas estão previstos na Constituição Federal e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela direção e gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que em seu art. 3º estabelece que a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA é a instituição responsável pela execução das ações em articulação com as demais áreas setoriais;

Considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui o Subsistema de Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde;

Considerando que o Subsistema de Saúde Indígena tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas, conforme o disposto no Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999;

Considerando que, de acordo com o disposto no Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, e no Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, compete à Fundação Nacional de Saúde a execução das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde do índio, e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a responsabilidade sanitária sobre os territórios indígenas;

Considerando que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram instalados pela Portaria FUNASA n.º 852, de 30 de setembro de 1999, que regulamenta o Decreto nº 3.156/99;

Considerando a Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e

Considerando que o Regimento Interno da FUNASA define a estrutura do órgão e é aprovado pelo Ministro de Estado da Saúde, resolve:

Art. 1º Definir que o Distrito Sanitário Especial Indígena do Paraná abranja a totalidade das terras indígenas situadas no Estado do Paraná, com sede na cidade de Curitiba, Paraná.

Art. 2º Definir que o Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste abranja a totalidade das terras indígenas situadas nos Estados do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, com sede na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Art. 3º Os Distritos referidos nos artigos. 1º e 2º substituirão o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul e o Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, devendo seus acervos de documentos ser transferidos aos DSEI Paraná e Sul-Sudeste, respectivamente.

Art. 4º O art. 117 do anexo I da Portaria nº 1.776/GM, de 8 de setembro de 2003, que aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 117.....

“14. Coordenação Regional do Paraná - CORE-PR

“14.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Paraná

“14.1.1. Casa de Saúde do Índio de Curitiba.”

.....

19. Coordenação Regional de Santa Catarina - CORE-SC

19.1. Distrito Sanitário Especial Indígena Sul-Sudeste

19.1.1. Casa de Saúde do Índio de São Paulo.”
(NR)

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 293, DE 08 DE JULHO DE 1999.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de julho de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

A adequação da composição da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI, face ao novo Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

RESOLVE:

Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio - CISI, com a seguinte composição:

- um(a) representante da Coordenação de Saúde do Índio – COSAI/Fundação Nacional de Saúde/MS;
- um(a) representante da Fundação Nacional do Índio – FUNAI/Ministério da Justiça;
- um(a) representante das Instituições de Pesquisa, Ensino e Extensão;
- quatro representantes Indígenas;
- um(a) representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI/Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
- um(a) representante da Associação Brasileira de Antropologia – ABA.

JOSÉ SERRA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde



CERTIFICADO HOSPITAL AMIGO DO ÍNDIO**PORTARIA GM Nº 645, DE 27 DE MARÇO DE 2006.**

Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as competências do Ministério da Saúde como gestor nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto nos arts 9º, 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que a gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;

Considerando o disposto na Lei nº 9.836, de 23 de setembro 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, dentre outros, cabendo ainda à União, com seus recursos próprios, financiar este Subsistema;

Considerando que cabe à Fundação Nacional de Saúde coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de garantia da atenção integral à saúde dos povos indígenas com a participação das várias instâncias de gestão no SUS e de sua rede assistencial hierarquizada; e

Considerando que a rede do SUS deverá ser referência para a atenção integral à saúde

da população indígena, devendo para isso promover adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, propiciando a integração e o atendimento em todos os níveis de assistência, de maneira que contemplem as especificidades dessas comunidades,

Resolve:

Art. 1º Instituir o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Estabelecer que para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, devem ser observados os seguintes critérios:

- I - garantia do Direito ao Acompanhante, Dieta Especial e Informação aos Usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas;
- II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física;
- III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sociocultural;
- VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- VII - garantia de Ouvidoria adaptada às

especificidades étnicoculturais dos povos indígenas; e

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde.

Art 3º Instituir o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades:

I - certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS a partir dos critérios definidos nesta Portaria.

II - estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação;

III - estabelecer critérios de não-renovação da certificação;

IV - divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação;

V - articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), missões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação.

Art 4º Fica estabelecida a seguinte composição do Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio, integrado por um representante das seguintes instituições;

I - Departamento de Saúde Indígena, da Fundação Nacional de Saúde (DESAI/FUNASA);

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS);

III - Conselho Nacional de Saúde (CONASS);

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

V - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS);

VI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

VII - Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e

VIII - Sexta Câmara do Ministério Público Federal.

Parágrafo único. É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ASSISTÊNCIA SOCIAL

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.

Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO I

Das Definições e dos Objetivos

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I

Dos Princípios

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

- I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

SEÇÃO II

Das Diretrizes

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

(...)

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

(...)

Art. 38. A idade prevista no art. 20 desta Lei reduzir-se-á para sessenta e sete anos a partir de 1º de janeiro de 1998. (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998)

(...)

Art. 41. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 42. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 7 de dezembro de 1993, 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO
Jutahy Magalhães Júnior



BOLSA FAMÍLIA**LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004.**

Conversão da MPv nº 132, de 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criado, no âmbito da Presidência da República, o Programa Bolsa Família, destinado às ações de transferência de renda com condicionalidades.

Parágrafo único. O Programa de que trata o caput tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação - Bolsa Escola, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - Bolsa Alimentação, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastro Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

Art. 2º Constituem benefícios financeiros do Programa, observado o disposto em regulamento:

I - o benefício básico, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza;

II - o benefício variável, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre

0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos.

§ 1º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - família, a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros;

II - nutriz, a mãe que esteja amamentando seu filho com até 6 (seis) meses de idade para o qual o leite materno seja o principal alimento;

III - renda familiar mensal, a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda, nos termos do regulamento.

§ 2º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso I do caput será de R\$ 50,00 (cinquenta reais) e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 50,00 (cinquenta reais).

§ 3º O valor do benefício mensal a que se refere o inciso II do caput será de R\$ 15,00 (quinze reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 45,00 (quarenta e cinco reais) por família beneficiada e será concedido a famílias com renda per capita de até R\$ 100,00 (cem reais).

§ 4º A família beneficiária da transferência a que se refere o inciso I do caput poderá receber, cumulativamente, o benefício a que se refere o inciso II do caput, observado o limite estabelecido no § 3º.

§ 5º A família cuja renda per capita mensal seja superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais), até o limite de R\$ 100,00 (cem reais), receberá exclusivamente o benefício a que se refere o inciso II do caput, de acordo com sua composição, até o limite estabelecido no § 3º.

§ 6º Os valores dos benefícios e os valores referenciais para caracterização de situação de pobreza ou extrema pobreza de que tratam os §§ 2º e 3º poderão ser majorados pelo Poder Executivo, em razão da dinâmica socioeconômica do País e de estudos técnicos sobre o tema, atendido o disposto no parágrafo único do art. 6º .

§ 7º Os atuais beneficiários dos programas a que se refere o parágrafo único do art. 1º, à medida que passarem a receber os benefícios do Programa Bolsa Família, deixarão de receber os benefícios daqueles programas.

§ 8º Considera-se benefício variável de caráter extraordinário a parcela do valor dos benefícios em manutenção das famílias beneficiárias dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, PNAA e Auxílio-Gás que, na data de ingresso dessas famílias no Programa Bolsa Família, exceda o limite máximo fixado neste artigo.

§ 9º O benefício a que se refere o § 8º será mantido até a cessação das condições de elegibilidade de cada um dos beneficiários que lhe deram origem.

§ 10. O Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família poderá excepcionalizar o cumprimento dos critérios de que trata o § 2º, nos casos de calamidade pública ou de situação de emergência reconhecidos pelo Governo Federal, para fins de concessão do benefício básico em caráter temporário, respeitados os limites orçamentários e financeiros.

§ 11. Os benefícios a que se referem os incisos I e II do caput serão pagos, mensalmente, por meio de cartão magnético bancário, fornecido pela Caixa Econômica Federal, com a respectiva identificação do responsável mediante o Número de Identificação Social - NIS, de uso do Governo Federal.

§ 12. Os benefícios poderão, também, ser pagos por meio de contas especiais de depósito a vista, nos termos de resoluções adotadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 13. No caso de créditos de benefícios disponibilizados indevidamente ou com prescrição do prazo de movimentação definido em regulamento, os créditos reverterão automaticamente ao Programa Bolsa Família.

§ 14. O pagamento dos benefícios previstos nesta Lei será feito preferencialmente à mulher, na forma do regulamento.

Art. 3º A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

(...)

Art. 9º O controle e a participação social do Programa Bolsa Família serão realizados, em âmbito local, por um conselho ou por um comitê instalado pelo Poder Público municipal, na forma do regulamento.

Parágrafo único. A função dos membros do comitê ou do conselho a que se refere o caput é considerada serviço público relevante e não será de nenhuma forma remunerada.

(...)

Art. 17. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de janeiro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
José Dirceu de Oliveira e Silva



REGULAMENTAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA**DECRETO Nº 5.209 DE 17 DE SETEMBRO DE 2004.**

Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004,

DECRETA:

Art. 1º O Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, será regido por este Decreto e pelas disposições complementares que venham a ser estabelecidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Art. 2º Cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além de outras atribuições que lhe forem conferidas, a coordenação, a gestão e a operacionalização do Programa Bolsa Família, que compreende a prática dos atos necessários à concessão e ao pagamento de benefícios, a gestão do Cadastro Único do Governo Federal, a supervisão do cumprimento das condicionalidades e da oferta dos programas complementares, em articulação com os Ministérios setoriais e demais entes federados, e o acompanhamento e a fiscalização de sua execução.

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES****Seção I****Da Finalidade do Programa Bolsa Família**

Art. 3º O Programa Bolsa Família tem por finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução

das ações de transferência de renda do Governo Federal e do Cadastro Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001.

§ 1º Os programas de transferência de renda cujos procedimentos de gestão e execução foram unificados pelo Programa Bolsa Família, doravante intitulados Programas Remanescentes, nos termos da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, são:

I - Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – “Bolsa Escola”, instituído pela Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001;

II - Programa Nacional de Acesso à Alimentação – PNAA – “Cartão Alimentação”, criado pela Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003;

III - Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde – “Bolsa Alimentação”, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001; e

IV - Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002.

§ 2º Aplicam-se aos Programas Remanescentes as atribuições referidas no art. 2º deste Decreto, cabendo ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome disciplinar os procedimentos necessários à gestão unificada desses programas.

Art. 4º Os objetivos básicos do Programa Bolsa Família, em relação aos seus beneficiários, sem prejuízo de outros que venham a ser fixados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, são:

I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;

II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;

III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;

IV - combater a pobreza; e

V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

Seção II

Do Conselho Gestor do Programa Bolsa Família

Art. 5º O Conselho Gestor do Programa Bolsa Família - CGPBF, órgão colegiado de caráter deliberativo, vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, previsto pelo art. 4º da Lei nº 10.836, de 2004, e na Lei nº 10.869, de 13 de maio de 2004, tem por finalidade formular e integrar políticas públicas, definir diretrizes, normas e procedimentos sobre o desenvolvimento e implementação do Programa Bolsa Família, bem como apoiar iniciativas para instituição de políticas públicas sociais visando promover a emancipação das famílias beneficiadas pelo Programa nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal.

(...)

CAPÍTULO II

DAS NORMAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Seção I

Da Seleção de Famílias Beneficiárias

Art. 17. O ingresso das famílias no Programa Bolsa Família ocorrerá por meio do Cadastro Único do Governo Federal, conforme procedimentos definidos em regulamento específico.

Art. 18. O Programa Bolsa Família atenderá às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, caracterizadas pela renda familiar mensal per capita de até R\$ 120,00 (cento e vinte reais) e R\$ 60,00 (sessenta reais), respectivamente. (Redação dada pelo Decreto nº 5.749, de 2006)

§ 1º As famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família, identificadas no Cadastro Único do Governo Federal, poderão ser selecionadas a partir de um conjunto de indicadores sociais capazes de estabelecer com maior acuidade as situações de vulnerabilidade social e econômica, que obrigatoriamente deverá ser divulgado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

§ 2º O conjunto de indicadores de que trata o § 1º será definido com base nos dados relativos aos integrantes das famílias, a partir das informações constantes no Cadastro Único do Governo Federal, bem como em estudos sócio-econômicos.

§ 3º As famílias beneficiadas pelos Programas Remanescentes serão incorporadas, gradualmente, ao Programa Bolsa Família, desde que atendam aos critérios de elegibilidade do Programa Bolsa Família, observada a disponibilidade orçamentária e financeira.

§ 4º As famílias beneficiadas pelos Programas Remanescentes, enquanto não forem transferidas para o Programa Bolsa Família nos termos do § 3º, permanecerão recebendo os benefícios no valor fixado na legislação daqueles Programas, desde que mantenham as condições de elegibilidade que lhes assegurem direito à percepção do benefício.

(...)

Seção II

Do Controle Social

Art. 29. O controle e participação social do Programa Bolsa Família deverão ser realizados, em âmbito local, por um conselho formalmente constituído pelo Município ou pelo Distrito Federal, respeitada a paridade entre governo e sociedade.

§ 1º O conselho de que trata o caput deverá ser composto por integrantes das áreas da assistência social, da saúde, da educação, da segurança alimentar



e da criança e do adolescente, quando existentes, sem prejuízo de outras áreas que o Município ou o Distrito Federal julgar conveniente.

(...)

Art. 31. Cabe aos conselhos de controle social do Programa Bolsa Família:

I - acompanhar, avaliar e subsidiar a fiscalização da execução do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal ou jurisdicional;

II - acompanhar e estimular a integração e a oferta de outras políticas públicas sociais para as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;

III - acompanhar a oferta por parte dos governos locais dos serviços necessários para a realização das condicionalidades;

IV - estimular a participação comunitária no controle da execução do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal ou jurisdicional;

V - elaborar, aprovar e modificar seu regimento interno; e

VI - exercer outras atribuições estabelecidas em normas complementares do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

(...)

Art. 39. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de setembro de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Patrus Ananias

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA - PAIF

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E
COMBATE À FOME

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 78, DE 8 DE ABRIL DE 2004.

Estabelece diretrizes e normas para a implementação do “Programa de Atenção Integral à Família - PAIF” e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, no uso de suas atribuições legais que lhe conferem o art. 87 da Constituição Federal e a Medida Provisória nº 163, de 23 de janeiro de 2004, que estabelece a competência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome como coordenador da Política Nacional de Assistência Social, com a responsabilidade de elaborar e apresentar diretrizes para a sua implementação, considerando:

- a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, de n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que estabelece como objetivos da assistência social a proteção à família, maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, a promoção da integração ao mercado de trabalho, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, e como princípios o respeito à dignidade do cidadão, a sua autonomia e o seu direito a benefícios de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;

- os objetivos da Política Nacional de Assistência Social, aprovada pela Resolução n.º 207, do Conselho Nacional de Assistência Social, de 16 de dezembro de 1998, que prevêem assegurar que as ações, no âmbito da Assistência Social, sejam implementadas tendo a família como principal referencial para a concepção de serviços, programas

e projetos, visando ao desenvolvimento integral dos destinatários, resolve:

Art. 1º - Instituir o Programa de Atenção Integral à Família -PAIF e estabelecer suas normas e diretrizes, com vistas à regulamentação da sua implementação e operacionalização.

Art. 2º - O Programa de Atenção Integral à Família - PAIF tem como objetivos:

- I. contribuir para a efetivação da Política de Assistência Social como política pública garantidora de direitos de cidadania e promotora de desenvolvimento social, na perspectiva da prevenção e superação das desigualdades e exclusão social, tendo a família como unidade de atenção para a concepção e a implementação de programas, projetos, serviços e benefícios.
- II. contribuir para superar a abordagem fragmentada e individualizadora dos programas tradicionais;
- III. garantir a convivência familiar e comunitária dos membros das famílias;
- IV. contribuir para o processo de autonomia e emancipação social das famílias e seus membros;
- V. viabilizar a formação para a cidadania;
- VI. articular e integrar ações públicas e privadas em rede;
- VII. colaborar com a descentralização político-administrativa.

Art. 3º - O PAIF tem como diretriz adotar a família como unidade de atenção, valorizando:

- as heterogeneidades;
- as particularidades de cada grupo familiar;
- o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Parágrafo Único. Entende-se como família todo núcleo de pessoas que convive em determinado lugar, durante um período de tempo, e que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade.

Art. 4º - São eixos estruturantes para a implementação do Programa de Atenção Integral à Família - PAIF:

- I - a instalação de Centros de Referência de Assistência Social, e
- II - a potencialização da rede de serviços socioassistenciais básicos local.

§ 1º - Define-se Centro de Referência de Assistência Social como uma unidade de Assistência Social, responsável por prestar um serviço municipal de atendimento às famílias vulneráveis em função da pobreza e de outros fatores de risco e exclusão social.

§ 2º - Define-se rede de serviços socioassistenciais básicos o conjunto de programas, projetos, serviços e benefícios prestados pelas instituições públicas e privadas que atuam nos municípios, configurando um sistema articulado de ações de atendimento, encaminhamentos e acompanhamento das famílias e indivíduos voltados a colaborar com a inclusão social.

Art. 5º - O Serviço será prestado às famílias com crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e pessoas com deficiência, vulneráveis devido à pobreza e a outros fatores de risco e/ou exclusão social.

§ 1º - As famílias cadastradas nesses centros são beneficiárias e sujeitos centrais das ações propostas, tanto do ponto de vista do acompanhamento direto, quanto das estratégias de emancipação que serão viabilizadas por meio de programas, projetos e serviços, desenvolvidos no âmbito do PAIF.

§ 2º - Serão priorizadas as famílias cadastradas no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal - CAD-Único, beneficiadas pelo Programa Bolsa-Família ou Benefício de Prestação Continuada - BPC, que necessitem de atenção básica.

Art. 6º - O PAIF será financiado pelo Governo Federal, em conjunto com Estados, Distrito Federal

e Municípios, sendo o cofinanciamento definido conforme as suas respectivas competências.

Art. 7º Os critérios de elegibilidade e seleção dos municípios que serão conveniados em 2004, bem como as informações sobre o financiamento e repasse de recursos, constam no Anexo desta Portaria.

Art. 8º - As orientações para operacionalização do Programa de Atenção Integral à Família - PAIF e as competências de cada esfera de governo serão publicadas após pactuação na Comissão Intergestora Tripartite - CIT.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

PATRUS ANANIAS

ANEXO

DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE SERÃO CONVENIADOS EM 2004

Serão, prioritariamente, atendidos os municípios que se enquadrem em uma das condições abaixo:

Municípios que concluíram a execução dos Núcleos de Apoio à Família - NAFs da extinta Secretaria de Estado de Assistência Social - SEAS, visando a sua reconceituação, potencialização e garantia de continuidade no atendimento às famílias;

Capitais e Regiões Metropolitanas;

Implantação em comunidades Quilombolas e Indígenas;

§ 1º - Os municípios deverão estar inseridos no CAD-Único e beneficiados pelo Programa Bolsa-Família.

§ 2º - Os municípios poderão pleitear a quantidade de Centros de Referência, considerando:

municípios de pequeno a médio porte: 1 Centro de Referência

municípios de grande porte: pelo menos 1 CR para cada unidade descentralizada.

§ 3º - Como critérios de desempate de municípios, será atendido o município com maior nº de famílias beneficiadas no Programa Bolsa-Família e com Alto Índice de Famílias Pobres.

§ 4º - O atendimento aos pleitos e a assinatura de convênios estarão contingenciados ao orçamento do Programa e prazos para recebimento, análise processual e realização de convênios em 2004.

PREVIDÊNCIA SOCIAL**PLANOS DE BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL****LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991.**

Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I**DA FINALIDADE E DOS PRINCÍPIOS BÁSICOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Art. 1º A Previdência Social, mediante contribuição, tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, desemprego involuntário, idade avançada, tempo de serviço, encargos familiares e prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

Art. 2º A Previdência Social rege-se pelos seguintes princípios e objetivos:

- I - universalidade de participação nos planos previdenciários;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios;
- IV - cálculo dos benefícios considerando-se os salários-de-contribuição corrigidos monetariamente;
- V - irredutibilidade do valor dos benefícios de forma a preservar-lhes o poder aquisitivo;

VI - valor da renda mensal dos benefícios substitutos do salário-de-contribuição ou do rendimento do trabalho do segurado não inferior ao do salário mínimo;

VII - previdência complementar facultativa, custeada por contribuição adicional;

VIII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação do governo e da comunidade, em especial de trabalhadores em atividade, empregadores e aposentados.

Parágrafo único. A participação referida no inciso VIII deste artigo será efetivada em nível federal, estadual e municipal.

(...)

TÍTULO II**DO PLANO DE BENEFÍCIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL****Capítulo Único****DOS REGIMES DE PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Art. 9º A Previdência Social compreende:

- I - o Regime Geral de Previdência Social;
- II - o Regime Facultativo Complementar de Previdência Social.

§ 1º O Regime Geral de Previdência Social - RGPS garante a cobertura de todas as situações expressas no art. 1º desta Lei, exceto as de desemprego involuntário, objeto de lei específica, e de aposentadoria por tempo de contribuição para o trabalhador de que trata o § 2º do art. 21 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. (Redação dada pela Lei Complementar nº 123, de 2006)

§ 2º O Regime Facultativo Complementar de Previdência Social será objeto de lei específica.

Capítulo II
DAS PRESTAÇÕES EM GERAL

Seção I

Das Espécies de Prestações

Art. 18. O Regime Geral de Previdência Social compreende as seguintes prestações, devidas inclusive em razão de eventos decorrentes de acidente do trabalho, expressas em benefícios e serviços:

I - quanto ao segurado:

- a) aposentadoria por invalidez;
- b) aposentadoria por idade;
- c) aposentadoria por tempo de contribuição; (Redação dada pela Lei Complementar nº 123, de 2006)
- d) aposentadoria especial;
- e) auxílio-doença;
- f) salário-família;
- g) salário-maternidade;
- h) auxílio-acidente;

II - quanto ao dependente:

- a) pensão por morte;
- b) auxílio-reclusão;

III - quanto ao segurado e dependente:

- a) pecúlios; (Revogada pela Lei nº 9.032, de 1995)
- b) serviço social;
- c) reabilitação profissional.

(...)

Art. 39. Para os segurados especiais, referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, fica garantida a concessão:

I - de aposentadoria por idade ou por invalidez, de auxílio-doença, de auxílio-reclusão ou de pensão, no valor de 1 (um) salário mínimo, desde que comprove o exercício de atividade rural, ainda que

de forma descontínua, no período, imediatamente anterior ao requerimento do benefício, igual ao número de meses correspondentes à carência do benefício requerido; ou

II - dos benefícios especificados nesta Lei, observados os critérios e a forma de cálculo estabelecidos, desde que contribuam facultativamente para a Previdência Social, na forma estipulada no Plano de Custeio da Seguridade Social.

Parágrafo único. Para a segurada especial fica garantida a concessão do salário-maternidade no valor de 1 (um) salário mínimo, desde que comprove o exercício de atividade rural, ainda que de forma descontínua, nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao do início do benefício. (Incluído pela Lei nº 8.861, de 1994)

(...)

Subseção II

Da Aposentadoria por Idade

Art. 48. A aposentadoria por idade será devida ao segurado que, cumprida a carência exigida nesta Lei, completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 60 (sessenta), se mulher. (Redação dada pela Lei nº 9.032, de 1995)

§ 1º Os limites fixados no caput são reduzidos para sessenta e cinquenta e cinco anos no caso de trabalhadores rurais, respectivamente homens e mulheres, referidos na alínea a do inciso I, na alínea g do inciso V e nos incisos VI e VII do art. 11. (Redação dada pela Lei nº 9.876, de 1999)

§ 2º Para os efeitos do disposto no parágrafo anterior, o trabalhador rural deve comprovar o efetivo exercício de atividade rural, ainda que de forma descontínua, no período imediatamente anterior ao requerimento do benefício, por tempo igual ao número de meses de contribuição correspondente à carência do benefício pretendido. (Incluído pela Lei nº 9.032, de 1995)

Art. 49. A aposentadoria por idade será devida:

I - ao segurado empregado, inclusive o doméstico, a partir:

a) da data do desligamento do emprego, quando requerida até essa data ou até 90 (noventa) dias depois dela; ou

b) da data do requerimento, quando não houver desligamento do emprego ou quando for requerida após o prazo previsto na alínea “a”;

II - para os demais segurados, da data da entrada do requerimento.

Art. 50. A aposentadoria por idade, observado o disposto na Seção III deste Capítulo, especialmente no art. 33, consistirá numa renda mensal de 70% (setenta por cento) do salário-de-benefício, mais 1% (um por cento) deste, por grupo de 12 (doze) contribuições, não podendo ultrapassar 100% (cem por cento) do salário-de-benefício.

Art. 51. A aposentadoria por idade pode ser requerida pela empresa, desde que o segurado empregado tenha cumprido o período de carência e completado 70 (setenta) anos de idade, se do sexo masculino, ou 65 (sessenta e cinco) anos, se do sexo feminino, sendo compulsória, caso em que será garantida ao empregado a indenização prevista na legislação trabalhista, considerada como data da rescisão do contrato de trabalho a imediatamente anterior à do início da aposentadoria.

(..)

Art. 155. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 156. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 24 de julho de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR
Antonio Magri

