

SAÚDE

SUMÁRIO

SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19/09/1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Decreto nº 3.156, de 27/08/1999 - Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria MS nº 254, de 31/01/2002 - Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Portaria MS nº 2.607, de 10/12/2004 - Aprova o Plano Nacional de Saúde.

Decreto nº 4.345, de 26/08/2002 - Institui a Política Nacional Antidrogas.

Portaria MS nº 70, de 20/01/2004 - Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Portaria MS nº 1.163, de 14/09/1999 - Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas.

Portaria MS nº 2.405, de 27/12/2002 - Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas – PPACI.

Portaria FUNASA nº 479, de 13/08/2001 - Diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde e de saneamento, em áreas indígenas.

Lei nº 8.142, de 28/12/1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Resolução MS/CNS nº 293, de 08/07/1999 - Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI.

Resolução MS/CNS nº 333, de 04/11/2003 - Aprova as diretrizes para o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Decreto nº 4.878, de 18/11/2003 - Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Decreto nº 3.189, de 04/10/1999 - Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde.

Decreto nº 93.872, de 23/12/1986 - Dispõe sobre o uso dos recursos de caixa do Tesouro Nacional e de concessão de suprimento de fundos na saúde indígena.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E FUNASA

Decreto nº 4.726, de 09/06/2003 - Aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

Decreto nº 4.727, de 09/06/2003 - Aprova o Estatuto da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

Portaria Nº 1.776, de 08/09/2003 - Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Portaria FUNASA nº 852, de 30/09/1999 - Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. ¹

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.

¹ Publicado no D.O.U. de 20/09/1990, p.18.055, Seção I.

Texto atualizado com as modificações dadas pelas Leis nºs 9.836/99, 10.424/02 e 11.108/05.

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 ²

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

- 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 especificidade 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.

² Todos os artigos deste Capítulo foram acrescentados pela Lei nº 9.836, de 23/09/1999.

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.

Fernando Collor

DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999. ³

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 nos arts.14, inciso XVII, alínea “ c “, 18, inciso X e 28-b da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998,

DECRETA:

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.

³ Publicado no D.O.U. de 28/08/1999, p.37 - Seção Extra.

Texto atualizado com as modificações dadas pelos Decretos nº 4.645/03, 4.615/03, 3.382/00 e 3.450/00.

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 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 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 Estado, 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. 5º Revogado. ⁴

⁴ Revogado pelo Decreto nº 4.645, de 25/03/2003.

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.”

“Art. 2º ” ⁵

“Art. 6º ” ⁶

Art. 7º Revogado. ⁷

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, prestadores 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;

⁵ A redação que o presente Decreto dá a este artigo foi, posteriormente, modificada por nova redação dada pelo Decreto nº 3.799, de 19/04/2001.

⁶ Idem.

⁷ Revogado pelo Decreto nº 4.650, de 09/05/2000.

- 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. Revogado. ⁸

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.

Fernando Henrique Cardoso

Anexo II – Remanejamento de Cargos.

Anexo II – Revogado pelo Decreto nº 3.382 de 15 de março de 2000.

Anexo III – Revogado pelo Decreto nº 3.450 de 09 de maio de 2000.

⁸ Revogado pelo Decreto nº 4.615, de 18/03/2003.

PORTARIA MS Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002. ⁹

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

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 transfe-

⁹ Publicado no D.O.U. de 06/02/2002, p.46, Seção I.

rência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 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

.....

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 Sanitário Especial 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 sócio-econômica 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 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 capacita-

dos, 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 sócioantropológicos 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 ligados 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 consideradas 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 n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução n° 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 n° 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 defi-

nição 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 nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 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/CNS

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 nº 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.

(Of. El. Nº 38)

PORTARIA MS Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004. ¹⁰

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.

¹⁰ Texto completo publicado no D.O.U. de 13/12/2004, Seção 1, p.69.

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.

.....
ESTRUTURA

O presente Plano Nacional de Saúde está expresso de modo a apresentar, objetivamente, as intenções e os resultados a serem buscados no período de 2004 a 2007. É importante ressaltar que, ao se pensar em formatos, métodos e informações a serem colocadas à disposição de gestores, de profissionais de saúde e da sociedade em geral, observou-se que as possibilidades poderiam ser infinitas. No entanto, o importante foi o amadurecimento de desenhos iniciais que serviram como guias para conferir ao Plano Nacional a necessária clareza e precisão, aliadas à imprescindível racionalidade na sua conformação, traduzidas em objetivos, diretrizes e metas que respondessem às necessidades apontadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde e que se constituíssem em referência para os gestores e para o controle social do SUS.

Assim, o presente Plano Nacional de Saúde está estruturado em quatro partes, a saber: (1) princípios que orientam o PNS; (2) síntese da análise situacional da saúde no Brasil; (3) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004–2007; e (4) gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

.....
I. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

O processo de formulação do Plano Nacional de Saúde/PNS teve seus fundamentos no Plano Plurianual/PPA do governo federal, que definiu como orientação estratégica: (1) a inclusão social e a

desconcentração de renda, com vigoroso crescimento do produto e do emprego; (2) o crescimento ambientalmente sustentável, redutor das disparidades regionais, dinamizado pelo mercado de consumo de massa, por investimentos e por elevação da produtividade; (3) a redução da vulnerabilidade externa por meio da expansão das atividades competitivas que viabilizam o crescimento sustentado; e (4) o fortalecimento da cidadania e da democracia.

Essa orientação envolve cinco dimensões – a social, a econômica, a regional, a ambiental e a democrática – contempladas nos três megaobjetivos do PPA, a saber: (1) “inclusão social e redução das desigualdades sociais”; (2) “crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável e redutor das desigualdades regionais”; e (3) “promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia”.

.....

Para a discussão das prioridades nas esferas municipal, estadual e regional, a partir dos objetivos, diretrizes e metas do Plano, são propostos os seguintes eixos de orientação: (1) a redução das desigualdades em saúde; (2) a ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; (3) a redução dos riscos e agravos; (4) a reforma do modelo de atenção; e (5) o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

.....

Assim, no seu âmbito de gestão, o Ministério da Saúde definiu iniciativas prioritárias que, a cada ano, passam por uma avaliação, de acordo com as metas alcançadas e o processo de gestão de restrições e revisões das estratégias mais gerais de governo. São elas: (1) ampliação do acesso a medicamentos, com ênfase na implantação do projeto de farmácias populares; (2) qualificação da atenção à saúde (QUALISUS); (3) saúde bucal; (4) saúde mental; (5) saúde da mulher; (6) controle da hanseníase e tuberculose; (7) incremento do sistema de transplantes; (8) implantação do serviço civil profissional em saúde; (9) investimentos em saneamento; (10) garantia de maior suficiência do SUS na produção de hemoderivados, imunobiológicos e fármacos; (11) saúde indígena; (12) monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS; (13) regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; (14) aprovação do Plano Nacional de Saúde; (15) qualificação da gestão e regionalização no SUS; e (16) aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

.....

II. ANÁLISE SITUACIONAL

.....

3. ANÁLISE EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A análise das condições de saúde da população brasileira é aqui realizada em três dimensões: (1) uma visão geral da morbimortalidade; (2) a situação sanitária dos grupos mais vulneráveis; e (3) uma abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção particularmente importantes no campo da saúde pública.

.....

A segunda dimensão de análise focaliza-se nas condições de saúde dos grupos vulneráveis no interior da sociedade brasileira, incluindo a população do campo, os negros, os índios, as crianças, os

adolescentes e jovens, as mulheres, os idosos, os trabalhadores, os portadores de deficiências e os presidiários.

.....
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 freqüentes 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.

.....
III. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Os objetivos, as diretrizes e as metas do presente Plano Nacional de Saúde, a seguir apresentados, estão distribuídos, segundo os recortes adotados, assinalados na introdução deste documento, a saber: (a) linhas de atenção à saúde; (b) condições de saúde da população; (c) gestão em saúde; (d) setor saúde; e (e) investimento em saúde.

1. EM RELAÇÃO ÀS LINHAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVOS

Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.

Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a redefinição do papel dos hospitais na rede assistencial, combinando o critério de pagamento por procedimento

com outros critérios – como o de agravos prioritários –, a estruturação da rede de atenção às urgências e o incremento do sistema nacional de transplantes.

Regionalizar a oferta de tecnologia de maior complexidade, regulando sua incorporação a partir de critérios de necessidades, eficiência, eficácia e efetividade e qualidade técnico-científica, e garantir o acesso universal a sua utilização.

.....
2 - EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE.

OBJETIVOS

Fortalecer a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, nas três esferas de governo, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de forma a ampliar a sua capacidade de análise de situação de saúde e de resposta às necessidades da população.

Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, levando em conta as diversidades locais e regionais – em particular a Região Amazônica –, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

DIRETRIZES E METAS NACIONAIS

ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE NO SUS

Na estruturação da área de vigilância ambiental em saúde no SUS, será dada continuidade ao desenvolvimento de subsistemas, de modo a viabilizar a introdução de mecanismos de vigilância em saúde relacionados à água para consumo humano, contaminantes do ar, áreas de solo contaminado, substâncias químicas de interesse para a saúde pública, aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos

.....

PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

As iniciativas em relação à prevenção e ao controle das doenças imunopreveníveis incluirão a produção, a distribuição e a vacinação da população, garantindo a oferta de produtos com qualidade à população. Isso implicará a atuação da autoridade regulatória e a garantia de manutenção de uma adequada rede de frio para conservação dos imunobiológicos. Será necessária também a manutenção de um sistema de vigilância epidemiológica sensível e oportuno, que assegure a detecção e investigação de todos os casos suspeitos de doenças imunopreveníveis, bem como a adoção das medidas de controle pertinentes.

Metas Período

Distribuir, anualmente, cerca de 230 milhões de doses de imunobiológicos para a prevenção e o controle de doenças. 2004-2007

Manter erradicada a transmissão da poliomielite no País. 2004-2007

Evitar a ocorrência de casos de sarampo. 2004-2007

Assegurar índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas contra pólio, tetravalente, hepatite B, tríplice viral, bem como 90% para BCG e 100% para febre amarela. 2004-2007

PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA, DA DENGUE E DE OUTRAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

Especial atenção deverá ser dada à vigilância, à prevenção e ao controle dessas doenças, cujo trabalho procurará envolver diferentes segmentos sociais. Em relação à malária, a Amazônia configurará prioridade de ação, haja vista a concentração da incidência nesta região. A detecção – em menos de 24 horas após o início dos sintomas – e o tratamento adequado dos casos, ao lado da capacitação dos profissionais, o controle seletivo de vetores e o suprimento adequado dos insumos necessários ao trabalho de campo serão medidas essenciais.

Quanto à dengue, a mobilização nacional e a intensificação das ações intersetoriais no combate ao mosquito terão continuidade e serão ampliadas, devendo ser identificados novos mecanismos que possibilitem manter, sobretudo nas áreas de maior risco, a população participativa e alerta. A capacitação dos profissionais, em especial para o pronto diagnóstico e tratamento adequado, também será reforçada.

A prevenção e o controle de zoonoses constituirão igualmente prioridade nesse contexto. No tocante à leishmaniose visceral – calazar –, terão continuidade os esforços visando à revisão do programa respectivo, tanto no que se refere às normas técnicas de controle, quanto na capacitação dos profissionais para o diagnóstico e tratamento adequados, além da melhor organização da rede.

Uma iniciativa importante na prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores consistirá na criação de comissões técnicas interestaduais permanentes, bem como no estabelecimento de parcerias para o controle de endemias e outros agravos nas áreas de divisas e fronteiras.

Metas Período

Reduzir em pelo menos 40% a incidência da malária. 2004-2007

Reduzir em 50% os casos de dengue no País. 2004-2007

.....

OBJETIVOS

Promover a atenção à saúde de grupos populacionais mais vulneráveis – em especial os povos indígenas –, de portadores de patologias e deficiências, mediante a adoção de medidas que contribuam para sua qualidade de vida.

Integrar a rede do SUS de forma intersetorial e transversal, aproveitando a capilaridade desta rede para apoiar o Fome Zero e outros programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e de outros Ministérios.

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
---	-----------

DECRETO Nº 4.345, DE 26 DE AGOSTO DE 2002. ¹¹

Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e
Considerando a Declaração Conjunta dos Chefes de Estado, presentes na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, realizada em 7 de junho de 1998, com a participação do Brasil, para tratar do “Problema Mundial das Drogas”;

DECRETA :

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo a este Decreto, a Política Nacional Antidrogas, que estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de agosto de 2002.

Fernando Henrique Cardoso

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS

1. Introdução

O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades ¹².

.....
A Política observa o necessário alinhamento à Constituição no respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo País.

¹¹ Texto completo publicado no D.O.U. de 27/08/2002, p.03, Seção I.

¹² Assunto acordado durante a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, com a participação do Brasil, para tratar do “Problema Mundial das Drogas”, em 07 de junho de 1998 e constante da Declaração Conjunta dos Chefes de Estado e de Governo ali presentes (Nota contida no ato).

2. Pressupostos Básicos da PNAD

.....

2.6. Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

.....

4. Prevenção

.....

4.2. Diretrizes

.....

4.2.3. Dirigir esforço especial às populações que se encontram na faixa de maior risco para o consumo de drogas e suas conseqüências, tais como crianças e adolescentes, população em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo vírus HIV.

.....

5. Tratamento, Recuperação e Reinserção Social

.....

5.2. Diretrizes

.....

5.2.3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional.

5.2.4. Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições.

5.2.5. Adaptar o esforço especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas.

.....

6. Redução de Danos Sociais e à Saúde

6.1. Orientação Geral

6.1.1. Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando a reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade.

6.2. Diretrizes

6.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.

.....

PORTARIA MS Nº 70, de 20 DE JANEIRO DE 2004. ¹³

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;

¹³ Texto completo publicado no D.O.U. de 22/01/2004, Seção 1, p.55.

- 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 Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

- XI - Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital 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.

PORTARIA MS Nº 1.163, DE 14 DE SETEMBRO DE 1999. ¹⁴

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

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

- 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 atenção à saúde para os povos indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;
- considerando a necessidade de que a organização da assistência aos povos indígenas seja orientada por suas especificidades étnicas e culturais;

¹⁴ Publicado no D.O.U. de 15/09/1999, p.33, Seção I.

considerando que os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de conflitos em suas relações com a sociedade envolvente;

- considerando a necessidade de assegurar o aperfeiçoamento dos mecanismos de integração entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios,
- considerando a necessidade de assegurar a identificação de responsabilidade na execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, resolve:

Art. 1º Determinar que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção à saúde dos povos indígenas.

Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições à Fundação Nacional de Saúde, com relação à saúde dos povos indígenas:

I – promover a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, visando facilitar o acesso dos povos indígenas às ações e serviços básicos de saúde, observando os seguintes aspectos:

- a) a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer;
- b) cada distrito deverá contar com uma rede hierarquizada de serviços para a atenção básica dentro das terras indígenas;
- c) o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores municipais e estaduais.

II – garantir a referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou município;

III – garantir a participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social formalizados em nível dos DSEI, por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde;

IV – conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde de atenção básica desenvolvidos nos DSEI;

V – promover a articulação regional entre os diversos distritos, visando à compatibilização das necessidades de níveis regionais e nacionais, garantindo o funcionamento das Casas de Saúde Indígena de referência regional;

VI – garantir a disponibilização de recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, utilizando como uma das estratégias, a articulação com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais;

VII – realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos DSEI;

VIII – Promover as condições necessárias para o processo de capacitação dos profissionais de saúde e educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores/supervisores.

Art. 3º Estabelecer que cabe à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, a organização da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com estados e municípios, a garantia do acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde – SUS.
Parágrafo único: A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios configura ato ilícito, passível de punição pelos órgãos competentes.

Art. 4º Para o cumprimento da atribuição de que trata o artigo anterior, a SAS se responsabiliza por:

- I – identificar, nos municípios com áreas indígenas, as estruturas assistenciais de referência para populações indígenas;
- II – viabilizar que estados e municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS;
- III – 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;

Art. 5º instituir o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo, consiste no montante de recursos destinados a apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes serão compostas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde e poderão ser operadas direta ou indiretamente pela FUNASA, Estados ou por Municípios.

§ 3º No caso de execução direta por Municípios estes terão o valor correspondente acrescido ao seu teto e transferidos fundo a fundo diretamente pela SAS.

§ 4º Quando a execução das ações for realizada direta ou indiretamente pela FUNASA, a SAS transferirá a esta os valores correspondentes para o financiamento das equipes.

§ 5º A FUNASA informará a SAS a composição das equipes em cada um dos municípios e o início de sua efetividade, para efeito do disposto no parágrafo 1º.

Art. 6º. A Secretaria de Assistência à Saúde, em consonância com a FUNASA regulamentará, mediante ato específico, a sistemática para a sua operacionalização e o valor do incentivo de que trata o artigo 5º.

Art. 7º. Criar fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena.

Parágrafo único O fator de incentivo do caput deste artigo será destinado para os estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

Art. 8º. Definir que o fator de incentivo que trata o artigo anterior incidirá sobre os procedimentos pagos através do SIH/SUS, em percentuais proporcionais à oferta de serviços prestados pelo estabelecimento às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

§ 1º Fica a SAS autorizada a definir os percentuais e as unidades a serem credenciadas para a remuneração adicional .

§ 2º As unidades a que se refere o parágrafo 1º serão definidas pela FUNASA, considerando como critérios, a relação da oferta dos serviços e a população indígena potencialmente beneficiária.

Art. 9º Determinar que a Secretaria Executiva, a Secretaria de Assistência à Saúde e a FUNASA poderão estabelecer, em portarias específicas ou em conjunto outras medidas necessárias a implementação desta portaria.

Art. 10 Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

José Serra

PORTARIA MS Nº 2.405, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2002. ¹⁵

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições com base no disposto na Lei n.º 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

¹⁵ Publicado no D.O.U. de 30/12/2002, p.49, Seção I.

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.

Berjas Negri

PORTARIA FUNASA Nº 479, DE 13 DE AGOSTO DE 2001. ¹⁶

Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas.

O presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no uso das atribuições que lhe confere o artigo 18, do Estatuto aprovado pelo Decreto n. o 3.450, de 9 de maio de 2000, e considerando a necessidade de diretrizes para elaboração de projetos de construção em áreas indígenas, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes constantes dos anexos I e II desta portaria, a serem observadas na elaboração de projetos de construção de estabelecimento sanitário, em áreas indígenas.

¹⁶ Publicado no D.O.U. de 15/08/2001, p.04, Seção I.

Art. 2º Os custos decorrentes da implantação, manutenção e operação dos sistemas de saneamento implantados nas localidades indígenas são de responsabilidade da FUNASA.

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

Mauro Ricardo Machado Costa

Anexo I – Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde em áreas indígenas.

Anexo II – Diretrizes para projetos de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. ¹⁷

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,

¹⁷ Publicado no D.O.U. de 31/12/1990, p.25.694, Seção I.

inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

3° 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.

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

5° 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. 2° 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. 3° Os recursos referidos no inciso IV do Art. 2° 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 n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

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

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

3° 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. 2° desta lei.

Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o Art. 3° 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 n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III – plano de saúde;

IV – relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do Art. 33 da Lei n° 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.

Fernando Collor

RESOLUÇÃO MS/CNS Nº 293, DE 08 DE JULHO DE 1999. ¹⁸

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;

¹⁸ Esta resolução foi aprovada pelo Plenário do CNS e, posteriormente, homologada pelo Ministro da Saúde. Embora ainda não tenha sido publicada em D.O.U., encontra-se vigente.

- 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

Homologo a Resolução CNS nº 293, de 08 de julho de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

José Serra
Ministro de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO MS/CNS Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003. ¹⁹

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, 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, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

¹⁹ Texto completo publicado no D.O.U. de 04/12/2003, Seção 1, p.17.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

DA DEFINIÇÃO DE CONSELHO DE SAÚDE

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

a) 50% de entidades de usuários;

- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

.....
X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

.....
Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

- III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.
- IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.
- V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.
- VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.
- VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.
- VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.
- IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.
- X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.
- XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.
- XII - Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).
- XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.
- XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.
- XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.
- XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.
- XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.
- XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

- XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.
- XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.
- XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.
- XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.
- XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

Humberto Costa
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

DECRETO Nº 4.878, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2003. ²⁰

Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts.11 e 12 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º O Conselho Nacional de Saúde - CNS, presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, é integrado por quarenta membros titulares, sendo cinquenta por cento deles representantes dos usuários e os outros cinquenta por cento distribuídos entre representantes dos trabalhadores em saúde, correspondendo a vinte e cinco por cento, e representantes dos gestores e prestadores de serviços, correspondendo a vinte e cinco por cento, e tem a seguinte composição:

I - representantes dos usuários:

.....

f) um de entidades nacionais de associações de moradores e movimentos comunitários;

.....

l) um de entidades nacionais de organizações indígenas;

.....

II - representantes dos trabalhadores em saúde:

.....

III - representantes dos gestores e prestadores de serviços de saúde:

.....

Parágrafo único. O CNS contará ainda com quarenta representantes primeiros suplentes e quarenta representantes segundos suplentes, respeitada também a paridade.

.....

Art. 3º Fica delegada competência ao Ministro de Estado da Saúde para identificar as instituições e entidades a serem representadas no CNS, bem como para designar os seus membros.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

²⁰ Texto completo publicado no D.O.U. de 19/11/2003, p.12, Seção 1.

Para mais informações sobre o CNS, visite na Internet a página <http://conselho.saude.gov.br/>.

Art. 5º Ficam revogados o caput do Art. 2º e seus incisos, bem assim seus §§ 1º, 2º, 3º e 7º, do Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, e os Decretos nºs 2.979, de 2 de março de 1999, e 4.699, de 19 de maio de 2003.

Brasília, 18 de novembro de 2003.

Luiz Inácio Lula da Silva

DECRETO Nº 3.189, DE 04 DE OUTUBRO DE 1999. ²¹

Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 84, inciso VI, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

- I – utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;
 - II – executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
 - III – registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
 - IV – estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida;
 - V – realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
 - VI – participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;
 - VII – desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.
- Parágrafo único. As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

²¹ Publicado no D.O.U. de 05/10/1999, p.01, Seção I.

Art. 3º O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.

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

Brasília, 4 de outubro de 1999.

Fernando Henrique Cardoso

DECRETO Nº 93.872, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1986.²²

Dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional, atualiza e consolida a legislação pertinente e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, itens III e V, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 92, do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1º A realização da receita e da despesa da União far-se-á por via bancária, em estrita observância ao princípio de unidade de caixa (Lei nº 4.320/64, Art. 56 e Decreto-lei nº 200/67, Art. 74).

Art. 2º A arrecadação de todas as receitas da União far-se-á na forma disciplinada pelo Ministério da Fazenda, devendo o seu produto ser obrigatoriamente recolhido à conta do Tesouro Nacional no Banco do Brasil S. A. (Decreto-lei nº 1.755/79, Art. 1º).

.....

Art. 45. Excepcionalmente, a critério do ordenador de despesa e sob sua inteira responsabilidade, poderá ser concedido suprimento de fundos a servidor, sempre precedido do empenho na dotação própria às despesas a realizar, e que não possam subordinar-se ao processo normal de aplicação, nos seguintes casos (Lei nº 4.320/64, Art. 68 e Decreto-lei nº 200/67, § 3º do Art. 74):

²² Texto completo publicado no D.O.U. de 24/12/1996, Seção 1.

Texto atualizado com as alterações dadas pelos Decretos nºs 97.916/1989, 206/1991, 825/1993, 1.672/1995, 2.289/1997, 2.397/1997, 3.591/2000 e 5.026/2004.

I - para atender despesas eventuais, inclusive em viagem e com serviços especiais, que exijam pronto pagamento em espécie. ²³

II - quando a despesa deva ser feita em caráter sigiloso, conforme se classificar em regulamento; e

III - para atender despesas de pequeno vulto, assim entendidas aquelas cujo valor, em cada caso, não ultrapassar limite estabelecido em Portaria do Ministro da Fazenda.

.....
Art. 47. A concessão e aplicação de suprimento de fundos, ou adiantamentos, para atender a peculiaridades da Presidência e da Vice-Presidência da República, do Ministério da Fazenda, do Ministério da Saúde, do Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça, das repartições do Ministério das Relações Exteriores no exterior, bem assim de militares e de inteligência, obedecerão ao Regime Especial de Execução estabelecido em instruções aprovadas pelos respectivos Ministros de Estado, pelo Chefe da Casa Civil e pelo Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, vedada a delegação de competência.

Parágrafo único. A concessão e aplicação de suprimento de fundos de que trata o caput deste artigo, com relação ao Ministério da Saúde, restringe-se a atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena. ²⁴

.....
Art. 158. Este decreto entrará em vigor em 1º de janeiro de 1987, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial as constantes dos seguintes Decretos: 61.386, de 19 de setembro de 1967; 62.115, de 12 de janeiro de 1968; 62.700, de 15 de maio de 1968; 62.762, de 23 de maio de 1968; 64.135, de 25 de fevereiro de 1969; 64.138, de 25 de fevereiro de 1969; 64.175, de 8 de março de 1969; 64.441, de 30 de abril de 1969; 64.752, de 27 de junho de 1969; 64.777, de 3 de julho de 1969; 65.875, de 15 de dezembro de 1969; 67.090, de 20 de agosto de 1970; 67.213, de 17 de setembro de 1970; 67.991, de 30 de dezembro de 1970; 68.441, de 29 de março de 1971; 68.685, de 27 de maio de 1971; 71.159, de 27 de setembro de 1972; 72.579, de 7 de agosto de 1973; 74.439, de 21 de agosto de 1974; 78.383, de 8 de setembro de 1976; 80.421, de 28 de setembro de 1977; 85.421, de 26 de novembro de 1980; 88.975, de 9 de novembro de 1983; 89.950, de 10 de julho de 1984; 89.955, de 11 de julho de 1984; 89.979, de 18 de julho de 1984; 91.150, de 15 de março de 1985; 91.953, de 19 de novembro de 1985; 91.959, de 19 de novembro de 1985.

Brasília, 23 de dezembro de 1986.

José Sarney

²³ Nova redação dada pelo Decreto nº 2.289/1997.

²⁴ Nova redação dada pelo Decreto nº 5.026/2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE E FUNASA

DECRETO Nº 4.726, DE 9 DE JUNHO DE 2003. ²⁵

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts.47 e 50 da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003,

DECRETA:

Art. 1º Ficam aprovados a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, na forma dos Anexos I e II a este Decreto.

.....

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

Art. 6º Fica revogado o Decreto nº 4.194, de 11 de abril de 2002.

Brasília, 9 de junho de 2003.

Luiz Inácio Lula da Silva

²⁵ Texto completo publicado no D.O.U. de 10/06/2003, Seção 1, p.12 e republicado no D.O.U. de 16/06/2003, Seção 1, p.06. Atualizado com as alterações dadas pelo Decreto nº 4.907, de 03/12/2003. Para mais informação sobre o Ministério da Saúde, consulte na Internet a página www.saude.gov.br . .

ANEXO I

ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 1º O Ministério da Saúde, órgão da administração direta, tem como área de competência os seguintes assuntos:

- I - política nacional de saúde;
- II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- IV - informações de saúde;
- V - insumos críticos para a saúde;
- VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- VII - vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos; e
- VIII - pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

Art. 2º O Ministério da Saúde tem a seguinte estrutura organizacional:

.....

III - órgãos colegiados:

- a) Conselho Nacional de Saúde; e
- b) Conselho de Saúde Suplementar;

IV - entidades vinculadas:

.....

b) Fundações Públicas:

- 1. Fundação Nacional de Saúde; e

.....

Art. 32. Ao Conselho Nacional de Saúde compete:

I - deliberar sobre:

- a) formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; e
- b) critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

II - manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;

III - decidir sobre:

.....

V - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

.....

IX - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País; e

.....

DECRETO Nº 4.727, DE 09 DE JUNHO DE 2003. ²⁶

Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no Art. 50 da Lei nº 10.683 de 28 de maio de 2003,

DECRETA:

Art 1º Ficam aprovados o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, na forma dos Anexos I e II a este Decreto.

Art 6º O Regimento Interno da FUNASA será aprovado pelo Ministro de Estado da Saúde e publicado no Diário Oficial da União, no prazo de noventa dias, contados da data de publicação deste Decreto.

Art 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art 8º Ficam revogados os Decretos nºs 3.450 de 9 de maio de 2000, e 4.615 de 18 de março de 2003.

Brasília, 9 de junho de 2003.

Luiz Inácio Lula da Silva

ANEXO I – Estatuto da FUNASA

ANEXO II – Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas

²⁶ Texto completo publicado no D.O.U. de 10/06/2003, p.21, Seção I.
Texto atualizado com as modificações dadas pelo Decreto nº 4.615, de 19/03/2003.

ANEXO I

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA

Art. 1º A Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, instituída com base no disposto no Art. 14, da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem sede e foro em Brasília-DF e prazo de duração indeterminado.

Art. 2º À FUNASA, entidade de promoção e proteção à saúde, compete:

I – prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde;

II – assegurar a saúde dos povos indígenas; e

III – fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

.....

Art. 5º A FUNASA tem a seguinte Estrutura Organizacional:

I – órgãos de assistência direta e imediata ao Presidente:

a) Gabinete; e

b) Procuradoria Jurídica;

II – órgãos seccionais:

a) Auditoria Interna;

b) Departamento de Administração; e

c) Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional;

III – órgãos específicos singulares:

a) Departamento de Engenharia de Saúde Pública; e

b) Departamento de Saúde Indígena;

IV – unidades descentralizadas: Coordenações Regionais

.....

Art. 11. Ao Departamento de Engenharia de Saúde Pública compete coordenar, planejar e supervisionar a execução das atividades relativas a:

I – proposições de políticas e de ações de educação em saúde pública na área de saneamento;

II – formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para a prevenção e o controle de doenças, em consonância com as políticas públicas de saúde e saneamento;

III – cooperação técnica a Estados e Municípios;

IV – sistemas e serviços de saneamento em áreas indígenas;

V – análise, elaboração e fiscalização de projetos de engenharia, quando relativos aos edifícios públicos sob responsabilidade da FUNASA; e

VI – acompanhamento e análise de projetos de engenharia relativos a obras financiadas com recursos da FUNASA.

Art. 12. Ao Departamento de Saúde Indígena compete planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a:

- I – proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para a assistência à saúde das populações indígenas;
- II – promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;
- III – organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
- IV – ações e serviços desenvolvidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígenas.

Art. 13. Às Coordenações Regionais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades da FUNASA, nas suas respectivas áreas de atuação.

.....

Art. 21. As normas de organização e funcionamento das unidades integrantes do Estatuto da FUNASA serão estabelecidas em Regimento Interno.

Art. 22. Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na aplicação do presente Estatuto serão dirimidos pelo Presidente da FUNASA, ad referendum do Ministro de Estado da Saúde.

PORTARIA Nº 1.776, DE 08 DE SETEMBRO DE 2003. ²⁷

Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 4º do Decreto nº 4.727, de 9 de junho de 2003, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma dos anexos a esta Portaria.

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

Humberto Costa

²⁷ Texto completo publicado no D.O.U. de 09/09/2003, Seção 1, p.24.

ANEXO I
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I
CATEGORIA E FINALIDADE

Art. 1º A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, instituída com base no disposto no Art. 14 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem sede e foro em Brasília-DF e prazo de duração indeterminado.

Art. 2º À FUNASA, entidade de promoção e proteção à saúde, compete:

I - prevenir e controlar doenças e outros agravos à saúde;

II - assegurar a saúde dos povos indígenas; e

III - fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

.....

Art. 7º A FUNASA tem a seguinte estrutura organizacional:

.....

III - órgãos específicos e singulares:

9. Departamento de Engenharia de Serviço público - DENSP

.....

9.2.2. Coordenação de Saneamento e de Edificações em Áreas Indígenas - COSAN

.....

10. Departamento de Saúde Indígena - DESAI

10.1. Serviço de Apoio Administrativo - SERAD

10.2. Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena - CGPAS

10.2.1. Coordenação de Programas e Projetos de saúde Indígena - COPSI

10.2.2. Coordenação de Apoio a gestão e Participação Social - COPAS

10.3. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde Indígena - CGASI

10.3.1. Coordenação de Operações em áreas indígenas - COOPE

10.3.2. Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços - COMOIA

IV - unidades descentralizadas - Coordenações Regionais.

11. Coordenações Classe - A:

.....

11.4. Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI

11.4.1. Seção de Administração - SAADM

11.4.2. Seção de Operação - SAOPE

11.4.3. Casa de Saúde do Índio - CASAI

.....

Art. 67. Ao Departamento de Engenharia de Saúde Pública - DENSP, compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a execução das atividades relativas a formulação de planos e programas de saneamento ambiental voltados à promoção da inclusão social, prevenção

e o controle de doenças, em consonância com as políticas públicas de saúde, saneamento, recursos hídricos, meio ambiente e outras áreas afins;

II - planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a execução das atividades relativas à cooperação técnica em saneamento ambiental e edificações em saúde pública a Estados, Municípios e Distrito Federal;

III - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a sistemas e serviços de saneamento ambiental em áreas indígenas, em articulação com o Departamento de Saúde Indígena - DESAI;

.....

Art. 68. Ao Serviço de Apoio Administrativo - SERAD, compete:

I - executar as atividades de apoio administrativo que possibilitem o funcionamento das atividades do Departamento de Engenharia de Saúde Pública;

II - acompanhar as atividades relacionadas à administração dos recursos humanos lotados ou em exercício do Departamento de Saúde Indígena, segundo orientações da Coordenação-Geral de Recursos Humanos;

.....

Art. 71. À Coordenação de Saneamento e de Edificações em Áreas Indígenas - COSAN, compete:

I - coordenar, acompanhar e avaliar, em articulação com o DESAI, as ações de saneamento e edificações em áreas indígenas, bem assim a sua manutenção e operação;

II - prover informações sobre ações de saneamento e edificações realizadas em áreas indígenas;

III - fomentar e prestar apoio técnico a órgãos governamentais e não-governamentais na estruturação, planejamento e execução das ações e serviços de saneamento e edificações em áreas indígenas;

IV - identificar soluções alternativas de saneamento básico e de edificações, adequadas à realidade indígena local;

V - analisar tecnicamente a execução dos projetos de engenharia relacionados aos programas de saneamento;

VI - coordenar e supervisionar a execução de projetos relacionados aos programas de saneamento, manutenção e operação dos sistemas implantados;

VII - coordenar e acompanhar a execução de projetos de saneamento e edificações em áreas indígenas;

VIII - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Engenharia de Saúde Pública.

.....

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA

Art. 78. Ao Departamento de Saúde Indígena - DESAI, compete:

I - promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;

II - propor políticas e ações de saúde e vigilância voltadas para atenção à saúde dos povos indígenas;

III - apoiar a implementação de políticas e ações de educação em saúde voltadas para a assistência à saúde das populações indígenas, em conjunto com a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde;

- IV - planejar, coordenar, executar e fiscalizar as atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- V - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a sistemas e serviços de saneamento ambiental em áreas indígenas, em articulação com o Departamento de Engenharia de Saúde Pública;
- VI - planejar, coordenar e supervisionar as ações e serviços desenvolvidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico à saúde nas terras indígenas;
- VII - orientar as unidades administrativas da FUNASA nos assuntos relativos a sua área de atuação; e
- VIII - executar outras atividades determinadas pelo Presidente da FUNASA.

Art. 79. Ao Serviço de Apoio Administrativo - SERAD, compete:

- I - executar as atividades de apoio administrativo que possibilitem o funcionamento das atividades do Departamento de Saúde Indígena;
- II - acompanhar as atividades relacionadas à administração dos recursos humanos lotados ou em exercício no Departamento de Saúde Indígena, segundo orientações da Coordenação-Geral de Recursos Humanos;
- III - controlar o recebimento, a movimentação e a expedição de processos, documentos e correspondências; e
- IV - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 80. À Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena - CGPAS, compete:

- I - coordenar o processo de planejamento interno do Departamento em articulação com o Departamento de Saúde Indígena;
- II - coordenar a elaboração de programas e projetos especiais para a área de saúde indígena;
- III - promover a realização de estudos que visem a melhoria do processo de planejamento e organização dos serviços de saúde indígena;
- IV - coordenar o processo de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, na área de saúde indígena; e
- V - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 81. À Coordenação de Programas e Projetos de Saúde Indígena - COPSI, compete:

- I - apoiar os projetos na área de assistência à saúde indígena em níveis federal, estadual e municipal;
- II - orientar, por meio de critérios epidemiológicos e de controle de agravos à saúde, a elaboração dos Planos Distritais e Locais de Saúde Indígena;
- III - apoiar tecnicamente as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, no processo de programação das ações de saúde;
- IV - analisar e consolidar a programação orçamentária dos DSEI;
- V - desenvolver o processo de acompanhamento e avaliação de programas e projetos;
- VI - acompanhar e avaliar o desempenho da execução orçamentária, das atividades relativas à saúde indígena.
- VII - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 82. À Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social - COPAS, compete:

- I - coordenar as atividades relativas a capacitação de recursos humanos para a área de saúde indígena;
- II - elaborar e desenvolver o processo de educação continuada para os recursos humanos que atuam na área de saúde indígena;
- III - acompanhar e avaliar o desenvolvimento da força de trabalho em atuação na área de saúde indígena;
- IV - manter sistema de informações etnoculturais de saúde indígena;
- V - apoiar a criação e o funcionamento dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena;
- VI - promover a capacitação de conselheiros distritais e locais de saúde indígena;
- VII - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 83. À Coordenação-Geral de Atenção à Saúde Indígena - CGASI, compete:

- I - coordenar o processo de organização dos serviços de saúde indígena;
- II - coordenar e acompanhar em articulação com o DENSP, as ações de saneamento e edificações em áreas indígenas;
- III - garantir a prestação de serviços de saúde às populações indígenas; e
- IV - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 84. À Coordenação de Operações - COOPE, compete: I - elaborar normas e diretrizes para a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

- II - orientar os DSEI na organização da rede de serviços e na implantação e desenvolvimento de programas especiais;
- III - acompanhar e avaliar as ações e serviços de saúde; e
- IV - apoiar o sistema de referência e contra-referência da saúde indígena na cidade de Brasília.
- V - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

Art. 85. À Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços - COMO A, compete:

- I - planejar, coordenar e supervisionar os processos de coleta, registro, armazenamento, processamento e análise de dados de saúde das populações indígenas;
- II - orientar os DSEI na implantação de sistemas de informações de saúde indígena;
- III - consolidar, sistematizar e disponibilizar as informações elaboradas pelo Departamento;
- IV - coordenar a realização de pesquisas avaliativas dos DSEI;
- V - participar e acompanhar as pesquisas epidemiológicas em saúde indígena em articulação com outros órgãos;
- VI - constituir e manter atualizado um banco de dados antropológicos e epidemiológicos;
- VII - fornecer subsídios para melhoria do processo de avaliação de ações e serviços de saúde indígena; e
- VIII - executar outras atividades determinadas pelo Diretor do Departamento de Saúde Indígena.

.....

Art. 100. À Divisão de Engenharia de Saúde Pública - DIESP das Coordenações Regionais Classe “A” e ao Serviço de Engenharia de Saúde Pública - SENSP das Coordenações Regionais Classe “B”, competem:

- I - coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar as atividades de Engenharia de Saúde Pública, no âmbito da Coordenação Regional;
- II - prestar apoio técnico à programas e ações de saneamento desenvolvidas por órgãos estaduais e municipais;
- III - propor estudos e pesquisas tecnológicas na área de saneamento;
- IV - analisar projetos de saneamento e edificações destinados à área de saúde;
- V - acompanhar e supervisionar obras realizadas com transferência de recursos da FUNASA;
- VI - executar as ações de saneamento e edificações em áreas indígenas;
- VII - coordenar, acompanhar e prestar suporte técnico na operação e manutenção de sistemas de saneamento em áreas indígenas;

e

VIII - elaborar projetos de estruturas e instalações relativos à obras em edificações sob responsabilidade da FUNASA, bem assim acompanhar sua execução.

Art. 101. À Seção de Análise de Projetos - SAPRO, compete:

- I - coordenar a elaboração de projetos técnicos de engenharia de saúde pública destinados aos serviços de saúde indígena;
- II - analisar projetos técnicos de engenharia destinados a área de saúde, bem assim os relativos a obras nas edificações de uso da FUNASA;
- III - analisar e emitir parecer técnico relativo a convênios;

e

IV - prestar cooperação técnica.

Art. 102. Ao Setor de Acompanhamento e Avaliação - SECAV, compete:

- I - acompanhar a execução das obras realizadas com recursos da FUNASA;
- II - acompanhar e avaliar as atividades de elaboração de projetos, enfocando custos e concepções técnicas; e
- III - coordenar a execução, operação e manutenção de sistemas de saneamento e de edificações de saúde em áreas indígenas.

Art. 103. Ao Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, compete:

- I - assegurar às comunidades indígenas assistência integral à saúde;
- II - supervisionar as atividades desenvolvidas nas Casas de Saúde do Índio;
- III - executar as ações de encaminhamento e remoção de pacientes, durante o período de tratamento médico;
- IV - elaborar proposta do Plano Anual de Atividades de Saúde Indígena, em articulação com o Conselho Distrital de Saúde Indígena; e
- V - coordenar, controlar, supervisionar e avaliar a execução das ações previstas no Plano de Saúde Distrital.

Parágrafo único. Às Coordenações Regionais classe “B” compete apoiar a execução das atividades de prevenção e controle de doenças e outros agravos à saúde direcionados às populações indígenas.

Art. 104. À Seção de Administração - SAADM, compete:

- I - providenciar a execução das atividades de serviços gerais, de manutenção de instalações e de equipamentos;
- II - acompanhar as atividades relacionadas à administração dos recursos humanos lotados ou em exercício na área;
- III - executar as atividades de apoio administrativo que possibilitem o funcionamento das atividades do Distrito;
- IV - controlar o recebimento, a movimentação e a expedição de processos, documentos e correspondências; e
- V - requisitar e controlar o material permanente e de consumo necessários ao Distrito.

Art. 105. À Seção de Operações - SAOPE, compete:

- I - implantar rede de serviços de atenção básica de saúde, estabelecendo, inclusive, referências para atenção de média e alta complexidade; e
- II - realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela rede distrital de saúde, mantendo atualizado o quadro de população e o perfil epidemiológico das comunidades indígenas do Distrito.

Art. 106. À Casa de Saúde do Índio - CASAI, compete:

- I - receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos;
- II - alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento médico;
- III - acompanhar pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
- IV - prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; e
- V - fazer contra-referência com os Pólos Bases e articular o retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta.

.....

Art. 117. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão vinculados administrativamente às Coordenações Regionais classificadas como de Classe "A", a saber:

- 1. Coordenação Regional do Acre - CORE-AC
 - 1.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto Juruá
 - 1.2. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alto Purus
 - 1.2.1. Casa de Saúde do Índio de Rio Branco
- 2. Coordenação Regional de Alagoas - CORE-AL
 - 2.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Alagoas
- 3. Coordenação Regional do Amapá - CORE-AP
 - 3.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá/Norte do Pará
 - 3.1.1. Casa de Saúde do Índio do Oiapoque
 - 3.1.2. Casa de Saúde do Índio do Macapá
- 4. Coordenação Regional do Amazonas - CORE-AM
 - 4.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro
 - 4.1.1 Casa de Saúde do Índio de São Gabriel da Cachoeira
 - 4.2. Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Rio Purus

- 4.3. Distrito Sanitário Especial Indígena de Javari
- 4.3.1. Casa de Saúde do Índio de Atalaia do Norte
- 4.4. Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus
- 4.4.1. Casa de Saúde do Índio de Manaus
- 4.5. Distrito Sanitário Especial Indígena de Parintins
- 4.5.1. Casa de Saúde do Índio de Parintins
- 4.6. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Solimões
- 4.6.1. Casa de Saúde do Índio de Tabatinga
- 4.7. Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Solimões
- 5. Coordenação Regional da Bahia - CORE-BA
- 5.1. Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia
- 6. Coordenação Regional do Ceará - CORE-CE
- 6.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará
- 7. Coordenação Regional de Goiás - CORE-GO
- 7.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Araguaia
- 7.1.1. Casa de Saúde do Índio de Goiânia
- 8. Coordenação Regional do Maranhão - CORE-MA
- 8.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão
- 8.1.1. Casa de Saúde do Índio de Imperatriz
- 8.1.2. Casa de Saúde do Índio de Barra do Corda
- 9. Coordenação Regional do Mato Grosso do Sul - COREMS
- 9.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Mato Grosso do Sul
- 9.1.1. Casa de Saúde do Índio de Amambaí
- 9.1.2. Casa de Saúde do Índio de Campo Grande
- 10. Coordenação Regional do Mato Grosso - CORE-MT
- 10.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tangará da Serra
- 10.1.1. Casa de Saúde do Índio de Cuiabá
- 10.1.2. Casa de Saúde do Índio de Rondonópolis
- 10.1.3. Casa de Saúde do Índio de Tangará da Serra
- 10.2. Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Mato Grosso
- 10.2.1. Casa de Saúde do Índio de Colider
- 10.3. Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante
- 10.3.1. Casa de Saúde do Índio de Barra do Garça
- 10.3.2. Casa de Saúde do Índio de Xavantina
- 10.4. Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu
- 11. Coordenação Regional de Minas Gerais - CORE-MG
- 11.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais/ Espírito Santo
- 11.1.1. Casa de Saúde do Índio de Governador Valadares
- 12. Coordenação Regional do Pará - CORE-PA
- 12.1. Distrito Sanitário Especial Indígena Kaiapó do Pará
- 12.1.1. Casa de Saúde do Índio de Redenção
- 12.2. Distrito Sanitário Especial Indígena Guamá-Tocantins

- 12.2.1. Casa de Saúde do Índio de Belém
- 12.2.2. Casa de Saúde do Índio de Marabá
- 12.3. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tapajós
- 12.3.1. Casa de Saúde do Índio de Itaituba
- 12.4. Distrito Sanitário Especial Indígena de Altamira
- 12.4.1. Casa de Saúde do Índio de Altamira
- 13. Coordenação Regional da Paraíba - CORE-PB
- 13.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Potiguara
- 14. Coordenação Regional da Paraná - CORE-PR
- 14.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Litoral Sul
- 14.1.1. Casa de Saúde do Índio de Curitiba
- 14.1.2. Casa de Saúde do Índio do Rio de Janeiro
- 14.1.3. Casa de Saúde do Índio de São Paulo
- 15. Coordenação Regional de Pernambuco - CORE-PE
- 15.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Pernambuco
- 16. Coordenação Regional do Rio de Janeiro - CORE-RJ
- 17. Coordenação Regional de Rondônia - CORE-RO
- 17.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho
- 17.1.1. Casa de Saúde do Índio de Porto Velho
- 17.1.2. Casa de Saúde do Índio do Humaitá
- 17.1.3. Casa de Saúde do Índio de Guajará Mirim
- 17.2. Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena
- 17.2.1. Casa de Saúde do Índio de Vilhena
- 17.2.2. Casa de Saúde do Índio do Ji-Paraná
- 17.2.3. Casa de Saúde do Índio de Cacoal
- 18. Coordenação Regional de Roraima - CORE-RR
- 18.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima
- 18.1.1. Casa de Saúde do Índio de Boa Vista
- 18.2. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
- 19. Coordenação Regional de Santa Catarina - CORE-SC
- 19.1. Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior do Sul
- e
- 20. Coordenação Regional de Tocantins - CORE-TO
- 20.1. Distrito Sanitário Especial Indígena de Tocantins
- 20.1.1. Casa de Saúde do Índio de Araguaina
- 20.1.2. Casa de Saúde do Índio do Gurupi.

.....

Art. 119. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente da FUNASA *ad referendum* do Ministro da Saúde.

PORTARIA FUNASA Nº 852, DE 30 DE SETEMBRO DE 1999. ²⁸

Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

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

Art. 1.º – 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. 2.º – 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. 3.º – 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 1.º – 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 2.º – 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. 4.º – 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;

²⁸ Publicado no D.O.U. de 01/10/1999, p.34, Seção I.

- 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