

VIVA O SUS

O DIREITO À SAÚDE E A LEGISLAÇÃO

POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE DE
SEGMENTOS POPULACIONAIS

LEONICE APARECIDA DE FÁTIMA ALVES PEREIRA MOURAD
SOLANGE TODERO VON ONÇAY
CLEBES IOLANDA LEODICE ALVES
LARA LIS BRITO DE SOUZA ROCHA
LUANA DA COSTA SILVA
(ORGANIZADORAS)



**O DIREITO À SAÚDE E A LEGISLAÇÃO:
POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE DE
SEGMENTOS POPULACIONAIS**



LEONICE APARECIDA DE FÁTIMA ALVES PEREIRA MOURAD
SOLANGE TODERO VON ONÇAY
CLEBES IOLANDA LEODICE ALVES
LARA LIS BRITO DE SOUZA ROCHA
LUANA DA COSTA SILVA
(ORGANIZADORAS)

**O DIREITO À SAÚDE E A LEGISLAÇÃO:
POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE DE
SEGMENTOS POPULACIONAIS**

1ª Edição

Quipa Editora
2024

Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Dra. Anna Ariane de Araújo Lavor (IFCE) | Me. Ana Nery de Castro Feitosa (UFES) | Dra. Anny Kariny Feitosa (IFCE) | Dra. Elaine Carvalho de Lima (IFTM) | Dra. Érica P. C. Lima Machado (UFRN) | Dra. Patricia Verônica N. Carvalho Sobral de Souza (TCE-SE/UNIT).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D598 O direito à saúde e a legislação : políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais / Organizado por Leonice Aparecida de Fátima Alves Pereira Mourad ... [et al.]. — Iguatu, CE : Quipá Editora, 2024.

221 p. : il.

ISBN 978-65-5376-358-6

DOI10.36599/qpedit-978-65-5376-356-2

I. Saúde – Políticas públicas. I. Mourad, Leonice Aparecida de Fátima Alves Pereira. II. Título.

CDD 614

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em julho de 2024

Quipá Editora
www.quipaeditora.com.br
@quipaeditora

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ODS 3 - saúde e bem-estar)

Quando será
Este meu sonho?
Sei que um dia será novo dia,
Porém não cairá lá do céu
Quem viver saberá que é possível
Quem lutar ganhará seu quinhão
(Raul Ellwanger, Pealo de Sangue, 1979)

Dedicamos esta obra às pessoas que, cotidianamente, estão comprometidas em melhorar a saúde e a qualidade de vida dos diferentes segmentos da população brasileira, em especial aos historicamente invisibilizados! Nosso reconhecimento e compromisso de luta através da educação e extensão popular em saúde!

APRESENTAÇÃO

Os compromissos da sociedade civil são de vigilância, de monitoramento, de acompanhamento, para que estes subsídios possam servir de apoio. Eles podem oferecer insumos para a atuação nas suas mais diversas estratégias, na mobilização, na incidência, na denúncia, na proposição, na participação junto aos espaços de controle social de políticas públicas, na proposição de medidas legislativas, na litigância estratégica junto ao Judiciário (Carbonari, 2024, p. 45).

A proposta constante nesta obra resulta das preocupações das autoras com a temática da saúde coletiva, necessariamente compreendida como um empreendimento interdisciplinar, que aqui reúne estudiosas da saúde, da gestão em saúde e das ciências sociais e humanas.

Acerca do conceito de saúde coletiva, destacamos a elaboração de Pain e Almeida Filho (1998, p. 309), que asseveram que:

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.

Na mesma direção, ressaltamos que a saúde coletiva é um campo de ações e saberes voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde das populações, respeitando suas diversidades – entendendo saúde não apenas como ausência de doença, mas como um processo que envolve questões epidemiológicas, socioeconômicas, ambientais, demográficas e culturais.

O tema referente ao direito à saúde guarda centralidade no contexto contemporâneo, o que se deve aos inúmeros desafios em relação a sua efetividade, tanto para a população em sentido ampliado, tanto para segmentos específicos, identificados como mais vulnerabilizados e, por conta disso, demandando atendimento e políticas de saúde diferenciados.

A saúde tratada como um direito universal ganha guarida na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, que atribui ao conceito de saúde uma dimensão biológica, psíquica e social (Organização Mundial da Saúde, [1946]). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, datada de 1948, reitera esse direito em seu

artigo XXV, que estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a ele e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis. Diante desse contexto, afirmamos que o direito à saúde é indissociável do direito à vida, inerente a qualquer ser humano (Nações Unidas, [1948]).

A efetiva positivação do direito na esfera internacional se deu com a assinatura do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no ano de 1966. Em seu art. 12, o documento estabeleceu que “os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (Nações Unidas, 1992).

No cenário internacional, merece destaque, em um esforço de efetivação da saúde como um direito humano e, portanto, concebido em sua dimensão universal, a Declaração de Alma-Ata, que resultou da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, no mês de setembro de 1978, a qual abre nossa coletânea legislativa. Na Declaração de Alma-Ata, organizada em 10 pontos que tratam dos cuidados primários de saúde, esta é concebida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, sendo um direito humano fundamental. Segundo a Declaração, o alcance do “mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde” (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

No cenário brasileiro, o direito à saúde resulta de uma conquista do Movimento da Reforma Sanitária¹, cujo resultado mais efetivo foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 196, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Salientamos que o direito à saúde não pode ser concebido em seu sentido estrito, implicando também a garantia ampla de qualidade de vida, combinada a outros direitos

¹ O movimento de reforma sanitária surgiu no início da década de 1970, resultando de um conjunto de proposições novas em relação à área da saúde que implicava na mudança do sistema e de todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Foi protagonizado por profissionais da saúde preocupados com a saúde pública e que desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Esse processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais, segurança, ambiente saudável, entre outros.

Nosso país é marcado por profundas desigualdades de toda ordem, que, por óbvio, produzem impactos expressivos na saúde da população, provocando o que a literatura denomina de disparidades da saúde. Este é um problema global, que ganha especificidades em cada contexto, de tal sorte que esse fenômeno pode ser percebido entre grupos de uma mesma sociedade e entre diferentes países.

Destacamos que:

Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social. As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as de saúde têm persistido em todos os países independente do grau de desenvolvimento alcançado (Barreto, 2017, p. 2098).

A assertiva acima apresentada evidencia a questão dos determinantes sociais, das desigualdades e dos desafios no que tange à promoção da equidade em termos de saúde. Isso demanda do poder público um conjunto de ações em saúde capaz de fazer o enfrentamento efetivo a essas iniquidades, que podem ocorrer por diversos fatores, como raça/etnia, *status* socioeconômico, idade, local de residência, gênero, características físicas, orientação sexual, entre outros. No caso brasileiro, as principais políticas de saúde com o propósito de enfrentamento às iniquidades em saúde são denominadas pela legislação de Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais (BRASIL, 2017, Seção III).

Nesse cenário, entendemos ser adequado compilar as principais normativas que discorrem sobre a matéria, uma vez que o conhecimento e a compreensão delas ganham relevo no que concerne ao esforço de educação em saúde, através da democratização e da divulgação dessa legislação. Este se constitui um propósito das organizadoras como forma de enfrentamento às desigualdades, preconceitos e discriminações que vitimam os

beneficiários dessas políticas, desconhecidas muitas vezes pelos próprios gestores e trabalhadores em saúde e assistência social.

Pretendendo atingir esse propósito, organizamos esta obra em dois blocos. No primeiro bloco, apresentamos ao(à) leitor(a) as normativas internacionais contidas na Declaração de Alma-Ata e na Declaração de Astana, que são as principais diretrizes para a regulamentação dos cuidados primários de saúde, tratados pela Organização Pan-Americana da Saúde como capazes de:

Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;

Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e

Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas (Atenção [...], [2024?]).

A Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece que:

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento,

vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (Brasil, 2011b).

Na sequência, apresentamos a Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define a participação da comunidade na gestão do SUS. Em seguida, reproduzimos um conjunto de legislações de saúde que tratam, em específico, de segmentos populacionais historicamente vulnerabilizados e que têm direito a atendimento de saúde diferenciado, a saber:

- Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002 – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- Portaria Interministerial n.º 1.426, de 14 de julho de 2004 – Aprova as diretrizes da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação provisória;
- Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006 – Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI);
- Portaria n.º 2.759, de 25 de outubro de 2007 – Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor;
- Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009 – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);
- Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2011 – Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua;
- Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011 – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);
- Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011 – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT);
- Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012 – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- Portaria n.º 1.082, de 23 de maio de 2014 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI);
- Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP);
- Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;
- Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Nosso propósito com a organização desta obra é, a partir do conhecimento e da divulgação da legislação (o que ainda é um exercício pouco usual em nosso contexto),

contribuir para a efetivação de políticas que assegurem o direito à saúde dos diferentes grupos sociais. Esse direito é compreendido como um direito humano que garante padrões mínimos de uma vida digna, além de possibilitar o respeito efetivo às diversidades e suas manifestações no âmbito da saúde.

Embora saibamos que a leitura de textos jurídicos nem sempre seja familiar e agradável para quem não é um(a) operador(a) de direito, entendemos que não existe outra possibilidade senão assumirmos o direito como uma importante estratégia formal e discursiva de luta, daí resultando nosso esforço de popularizar esses textos normativos. Quanto maior for a familiaridade com esses regramentos, mais seremos capazes de contribuir para que eles alcancem eficácia social, ou seja, a aplicação prática, pois de nada adianta uma norma sem efetividade, que somente será alcançada quando os destinatários das políticas, ao conhecê-las rigorosamente, forem capazes de exigir seu efetivo cumprimento.

O caminho é longo, mas é preciso caminhar!

*Leonice Aparecida de Fátima Alves Pereira Mourad
Solange Todero Von Onçay
Clebes Iolanda Leodice Alves
Lara Lis Brito de Souza Rocha
Luana da Costa Silva*

REFERÊNCIAS

ATENÇÃO primária à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, [s. l.], [2024?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 25 maio 2024.

BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988, Seção 1.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 1.426, de 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS n.ºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.759, de 25 de outubro de 2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 dez. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017, Seção 1, Suplemento, p. 61.
CARBONARI, P. C. (org.). **Recomendações internacionais sobre direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2024.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: [s. n.], 1978. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 25 maio 2024.

LIMA, N. T. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe6, p. 9-24, 2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [S. l.]: [s.n.], [1948]. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

NAÇÕES UNIDAS. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. *In*: BRASIL. Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 15 maio 2024.

OLIVEIRA, L. M. Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, Brasília, DF, v. 59, n. 234, p. 197-215, abr./jun. 2022. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/59/234/ril_v59_n234_p197. Acesso em: 25 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Rio de Janeiro: NEPP-DH, [1946]. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em: 25 maio 2024.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 205-218, abr. 2015.

PAIN, J. S. e ALMEIDA FILHO N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001> Acesso em 25 maio 2024.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978)	18
DECLARAÇÃO DE ASTANA (2018)	21
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - CRIAÇÃO DO SUS	25
LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 -PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS	53
PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	57
PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 - APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNPI)	76
PORTARIA Nº 2.759, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007 - ESTABELECE DIRETRIZES GERAIS PARA A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS E CRIA O COMITÊ GESTOR	99
PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)	102
PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 - DEFINE AS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA	112
PORTARIA Nº 2.866, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2011 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA (PNSIPCF)	118
PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT)	127

PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	135
PORTARIA Nº 1.082, DE 23 DE MAIO DE 2014 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO PROVISÓRIA (PNAISARI)	155
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)	173
PORTARIA Nº 4.384, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2018 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/ROMANI	183
PORTARIA GM/MS Nº 1.526, DE 11 DE OUTUBRO DE 2023 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PNAISPD) E REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)	191
SOBRE AS AUTORA/ORGANIZADORAS	220

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS

Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

- I. A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.
- II. A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.
- III. O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.
- IV. É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.
- V. Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.
- VI. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade,

mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII. Os cuidados primários de saúde:

- refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
- têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno- infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.
- envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
- requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
- devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
- baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e

tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

- VIII. Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.
- IX. Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.
- X. Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 200 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz. Distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência convida todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

Fonte: Ministério da Saúde.

Data da Publicação: 06/02/2002

DECLARAÇÃO DE ASTANA SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DE ALMA-ATA RUMO À COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Nós, os participantes da Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, reconhecemos a contribuição da saúde às décadas de desenvolvimento socioeconômico global e afirmamos nosso compromisso com a atenção primária à saúde (APS) na busca por saúde e bem-estar para todos, sem deixar ninguém para trás. Nossa visão:

*Sociedades e ambientes que priorizam e protegem a saúde das pessoas;
Atenção à saúde disponível e acessível para todos, em todo lugar;
Atenção à saúde qualificada que trata as pessoas com respeito e dignidade;
Pessoas envolvidas na sua própria saúde.*

Gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir é um direito fundamental de todo ser humano, como declara a Constituição da Organização Mundial da Saúde. Há quarenta anos, em 1978, os líderes mundiais firmaram um compromisso histórico para obter saúde para todos através da APS na Declaração de Alma-Ata. Em 2015, os líderes subscreveram os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que renovaram o compromisso com a saúde e bem-estar para todos com base na cobertura universal de saúde. A cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas, inclusive as marginalizadas ou vulneráveis, devem ter acesso a serviços de saúde qualificados e centrados nas suas necessidades, sem dificuldade financeira. A APS é o enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde, o que faz dela um alicerce necessário para conseguir a cobertura universal de saúde.

Para enfrentar os desafios de saúde e desenvolvimento da era moderna, precisamos de uma APS que:

1. empodere as pessoas e as comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem;
2. abordem os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde através de políticas com base em evidências e ações em todos os setores; e
3. assegure uma saúde pública e uma atenção primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas, como núcleo fundamental da prestação integrada de serviços.

Esta visão da APS e da cobertura universal de saúde permite abordar pelo menos 80% das necessidades de saúde. Mas as sociedades não gravitam automaticamente para a saúde e equidade em saúde. Para ter êxito, é preciso agir deliberadamente para reforçar os três componentes da APS, com ênfase em equidade, qualidade e eficiência.

A chance de termos êxito é maior do que nunca. Nosso sucesso será impulsionado por

Vontade política: Temos mais parceiros e mais interessados diretos, tanto públicos como privados, trabalhando em prol de metas comuns nos ODS e, especialmente, para assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Com mais recursos humanos e financeiros dedicados à saúde do que nunca e o compromisso global renovado com a APS e a cobertura universal de saúde, a meta de saúde para todos está finalmente ao alcance.

Conhecimento: Sabemos o que funciona, e o que não. Décadas de pesquisa sobre sistemas de saúde geraram conhecimento robusto sobre como abordar os determinantes da saúde, reduzir desigualdades, prevenir e tratar doenças e promover a saúde para todos. Estamos mais bem equipados para melhorar os sistemas de saúde, garantir que as pessoas recebam a atenção correta no tempo e lugar adequado e adaptar-nos a condições em mutação.

Tecnologia: Medicamentos, diagnósticos e outras tecnologias mais eficazes e mais acessíveis estão ampliando a gama de serviços de saúde disponíveis e acessíveis que devem ser incluídos na atenção primária. As inovações em tecnologia podem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para pessoas vulneráveis e marginalizadas. As tecnologias digitais, em particular, podem ser aproveitadas para melhorar a alfabetização em saúde, permitindo às pessoas e comunidades assumir o controle de sua própria saúde. Os avanços nos sistemas de informação oferecem novos caminhos para a transparência e responsabilidade.

Pessoas: Estamos mais informados, mais conectados e temos maiores expectativas. As pessoas também têm mais a dizer sobre a governança, o planejamento e a prestação da atenção à saúde por meio das eleições gerais e assembleias de saúde. A conscientização da população em relação à saúde está aumentando, levando mais indivíduos a mobilizar-se e afirmar seu direito à saúde e à atenção à saúde, criando responsabilidade social tanto do setor público quanto do privado. Os jovens, em particular, estão aumentando sua visibilidade, usando as novas mídias para afirmar seus direitos e expressar suas necessidades. Sua contribuição para alcançar a APS será essencial. Ao refletirmos sobre os últimos 40 anos, reconhecemos notável progresso nos desfechos de saúde e somos incentivados por novas oportunidades que nos impulsionam rumo à meta de saúde e bem-estar para todos. Ao mesmo tempo, reconhecemos que, no mundo de hoje, permanecer saudável é um desafio. Devido a estilos de vida e ambientes insalubres, as afecções crônicas se tornaram as principais causas de doença, deficiência e morte. Violência, epidemias, desastres ambientais e desespero levaram as pessoas a se mudarem, muitas vezes para cidades lotadas, na tentativa de se manterem seguras e saudáveis. Mais da metade da população mundial, especialmente as comunidades marginalizadas, não têm acesso a cuidados essenciais de saúde. Onde as comunidades têm acesso aos serviços, a atenção é muitas vezes inadequada ou insegura. A cada ano, 100 milhões de pessoas no

mundo são levadas à pobreza por causa de gastos diretos com serviços de saúde. Esses desafios ameaçam os esforços dos países para alcançar a cobertura universal de saúde e o desenvolvimento sustentável.

PARA ENFRENTAR OS DESAFIOS ATUAIS E APROVEITAR AS OPORTUNIDADES PARA UM FUTURO SAUDÁVEL, DEVEMOS

Empoderar as pessoas para que se tornem responsáveis por sua saúde e atenção à saúde

Nos comprometemos a possibilitar que as pessoas e comunidades busquem o conhecimento, as habilidades e os recursos necessários para cuidar de sua própria saúde, inclusive mediante uso de tecnologias digitais. Criaremos condições nas quais as pessoas participem da promoção da saúde, escolhendo estilos de vida saudáveis e decidindo sobre seus cuidados de saúde de acordo com suas metas e objetivos. Vamos envolver as pessoas e comunidades na concepção, planejamento e gestão dos seus sistemas de saúde e lhes daremos a oportunidade de responsabilizar os tomadores de decisões pelos resultados.

Fazer escolhas políticas audaciosas para a saúde

Abordaremos os determinantes da saúde em todos os setores do governo, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), evitando conflitos de interesses políticos e financeiros. Melhoraremos a governança participativa dos sistemas de saúde, inclusive mediante engajamento e regulamentação do setor privado. Direcionaremos mais recursos financeiros sustentáveis para a saúde pública e a atenção primária para obter cobertura universal de saúde, garantindo as reformas que forem necessárias para permitir sua realização progressiva.

Colocar a saúde pública e a atenção primária no centro da cobertura universal de saúde

Devemos melhorar a capacidade e a infraestrutura das funções de saúde pública e desenvolver uma atenção primária de qualidade que seja contínua, integral, coordenada, orientada para a comunidade e centrada nas pessoas. Priorizaremos adequadamente a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Garantiremos uma força de trabalho em saúde pública e atenção primária adequada (incluindo enfermeiras de APS, médicos de família e comunidade, obstetrias, outros profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde), trabalhando em equipes com competências para atender às necessidades de saúde modernas. Promoveremos práticas de gestão que garantam o trabalho decente, inclusive com remuneração adequada, oportunidades significativas de desenvolvimento profissional e crescimento na carreira. Garantiremos a disponibilidade de medicamentos, produtos e tecnologias apropriados. Alocaremos recursos suficientes para

pesquisa, avaliação e gestão do conhecimento, promovendo a ampliação de estratégias efetivas para a ação multissetorial, a saúde pública e a atenção primária.

Alinhar o apoio de parceiros com políticas, estratégias e planos nacionais

Mais recursos humanos, técnicos e financeiros serão alocados para fortalecer a APS em todos os países. Os esforços concertados dos parceiros internacionais em APS e cobertura universal de saúde serão alinhados com as políticas, estratégias e planos nacionais. Tudo isso precisa ser feito conforme os princípios da ajuda eficaz. Juntos, os países e os parceiros internacionais organizarão uma análise sistemática da implementação desta Declaração, inclusive com monitoramento da cobertura universal de saúde como parte do processo de análise dos ODS da ONU. Aumentaremos a amplitude e a profundidade dos dados relevantes para a APS nos níveis nacional e subnacional, buscando subsidiar a formulação de políticas baseadas em evidências e avaliar o progresso.

[Conclusão]

Vislumbramos um futuro no qual o bem-estar físico, mental e social seja garantido; onde todos tenham acesso à atenção à saúde de que necessitem, sem medo de dificuldades financeiras. Nos comprometemos a fortalecer a APS em escala global como parte de nosso esforço coletivo para alcançar saúde e bem-estar para todos, em todas as idades.

Atuaremos de imediato em resposta a esta Declaração, coordenando com a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, e articulando com líderes, governos, outras agências das Nações Unidas, fundos, alianças e doadores bilaterais e multilaterais, a comunidade acadêmica, organizações profissionais, organizações de jovens, a sociedade civil e o setor privado. Continuaremos trazendo mais pessoas, países e organizações para aumentar e apoiar este movimento.

Juntos, conseguiremos saúde e bem-estar para todos, sem deixar ninguém para trás.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

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

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

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

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

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

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

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

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

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

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

e) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

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.

XII – a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

§ 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.

§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§ 5º Entende-se por assistência toxicológica, a que se refere o inciso XII do caput deste artigo, o conjunto de ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas decorrentes da exposição a substâncias químicas, medicamentos e toxinas de animais peçonhentos e de plantas tóxicas. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

Art. 6ºA. As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum. (Incluído pela Lei nº 14.654, de 2023)
Vigência

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.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)

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.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV **DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES**

Seção I **Das Atribuições Comuns**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; (Vide ADIN 3454)
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. À direção nacional do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)
 - d) de saúde do trabalhador;
 - e) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)
 - e) de saúde do trabalhador;
 - f) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V
DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 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. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

(Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

(Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO À MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 3º As unidades de saúde de todo o País ficam obrigadas a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito estabelecido neste artigo. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 4º No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, devidamente

justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 5º Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde, de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pela Associação Médica Brasileira. (Redação dada pela Lei nº 14.655, de 2023)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

VI - publicidade dos atos processuais. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:
(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo: (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III **DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

CAPÍTULO I **DO FUNCIONAMENTO**

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II

DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º Os valores a que se refere o caput deste artigo, para o conjunto das remunerações dos serviços de saúde, serão definidos no mês de dezembro de cada ano, por meio de ato do Ministério da Saúde, devendo-se buscar a garantia da qualidade do atendimento, o equilíbrio econômico-financeiro na prestação dos serviços e a preservação do valor real destinado à remuneração de serviços, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Incluído pela Lei nº 14.820, de 2024)

TÍTULO III-A

(Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - autonomia do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VI - confidencialidade dos dados; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IX - responsabilidade digital. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - prestar obediência aos ditames das Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico). (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos

da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. (Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 2012) (Vide Lei nº 8.142, de 1990)

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III **DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO**

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a

transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

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

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

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

FERNANDO COLLOR

ALCENI GUERRA

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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

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

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

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

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

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

**POLÍTICAS DE SAÚDE PARA
POPULAÇÕES ESPECÍFICAS**

PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002

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.

INTRODUÇÃO

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

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

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e

aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

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

Antecedentes

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

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

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

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que

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

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

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUS, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

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

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

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

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

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

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

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

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

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

Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias. Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

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

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

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

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

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

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

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

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

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

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade

específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

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

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

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

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único

recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

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.

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.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

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.

Organização

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

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

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

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

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

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

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

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

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

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

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 capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

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

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.

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 eficácia 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.

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 à 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.

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.

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

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

Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

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

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.

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.

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.

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 se-xualmente 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

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

Considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;

Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999;

Considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; e

Considerando a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de outubro de 2006 e a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do Memorando nº 500/SE/CNS/ 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo a esta Portaria e dela são 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 programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art.3º Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.

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

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 237-E, de 13 de dezembro de 1999, página 20, seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersectorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa

política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Finalidade

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e
- g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Justificativa

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos

institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar

que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

Diretrizes

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde.

Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restrito às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família.

Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos compõem a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersectoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

- a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;
- b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

PROMOÇÃO DE COOPERAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL DAS EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.

Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

Responsabilidades Institucionais

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

Gestor Municipal

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

Articulação Intersetorial

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

Previdência Social

- a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e
- b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

Sistema Único de Assistência Social

- a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;
- b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;
- c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;
- d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;
- e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
- f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;
- g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;
- i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;
- j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

Trabalho e Emprego

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

Desenvolvimento Urbano

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

Transportes

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

Justiça e Direitos Humanos

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e

seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

Ciência e Tecnologia

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

Acompanhamento e Avaliação

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Artigo 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das

pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

PORTARIA Nº 2.759, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007

Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.

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

Considerando a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando os princípios gerais do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde;

Considerando as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena;

Considerando os debates do II Fórum Amazônico de Saúde Mental e as diretrizes da Carta de Saúde Mental Indígena na Amazônia Legal;

Considerando a aprovação pelo Ministério da Saúde, pela Organização Panamericana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde da Carta de Brasília de 2005, que estabelece os Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas, e que ratifica a Declaração de Caracas sobre a necessidade de enfrentar desafios relacionados às populações mais vulneráveis, como os povos indígenas;

Considerando as deliberações da Reunião Sobre o Plano de Saúde Mental Indígena para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas; e

Considerando a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 13 de setembro de 2007, resolve:

Art 1º Estabelecer como diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas:

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas interculturais ou externas à cultura local; e

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

Art. 2º Criar o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências:

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas, em 45 (quarenta) dias, uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, e da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações

emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação.

Art. 3º Definir como integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros:

I - um representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

II - um representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS/MS;

III - um representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

IV - um representante do Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS;

V - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS;

VI - um representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país;

VII - um pesquisador convidado, de universidade brasileira;

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IX - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; e

X - um representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009

Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social;

Considerando os compromissos sanitários prioritários nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, pactuados entre as esferas de governo na consolidação do SUS, visando qualificar a gestão e as ações e serviços do sistema de saúde;

Considerando o caráter transversal das ações de saúde da população negra e o processo de articulação entre as Secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e as instâncias do Sistema Único de Saúde - SUS, com vistas à promoção de equidade;

Considerando que esta Política foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde - CNS e pactuada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, que tem a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS; e

Considerando o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que cria o Programa Brasil Quilombola, com o objetivo de garantir o desenvolvimento social, político, econômico e cultural dessas comunidades, e conforme preconizado nos arts. 215 e 216 da Constituição, no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT e na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa SGEPE articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, à elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política.

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO
Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3º, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7º, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7º, inciso VIII) e principal objeto da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei no 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da

equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

Diretrizes Gerais

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI -desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Objetivos Específicos

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI -melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII -definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII -fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

CAPÍTULO III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Estratégias de Gestão(*)

- I. implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;
- II. desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;
- III. fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;
- IV. estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;
- V. fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;
- VI. fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

- VII. qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstetrícia, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos Estados e Municípios;
- VIII. articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;
- IX. inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
- X. incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;
- XI. implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, con-forme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);
- XII. elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- XIII. fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;
- XIV. garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM no 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);
- XV. articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ no 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);
- XVI. articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;
- XVII. apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da

população negra ou instâncias similares, nos Estados e Municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social;

XVIII. estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

Responsabilidades das Esferas de Gestão

Gestor Federal

- I. implementação desta Política em âmbito nacional;
- II. definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;
- III. garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;
- IV. coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;
- V. garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
- VI. identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;
- VII. apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos Estados e nos Municípios;
- VIII. garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

- IX. adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;
- X. estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- XI. fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XII. definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;
- XIII. apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XIV. elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XV. estabelecimento de parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;
- XVI. estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e
- XVII. instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Estadual

- I. apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;
- II. definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- III. coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;
- IV. garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

- V. identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;
- VI. implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VII. apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VIII. garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- IX. estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- X. elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XI. apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XII. fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XIII. articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e
- XIV. instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Gestor Municipal

- I. implementação desta Política em âmbito municipal;
- II. definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- III. coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

- IV. garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;
- V. identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;
- VI. implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;
- VII. estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;
- VIII. garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);
- IX. articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;
- X. fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;
- XI. elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;
- XII. apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e
- XIII. instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011

Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política, do qual faz parte o Ministério da Saúde;

Considerando Portaria nº 3.305/GM/MS, 24 de dezembro de 2009, que instituiu o Comitê Técnico de saúde para a população de rua;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências;

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011;

Considerando a Lei Federal nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de cuidados de saúde mental 2011;

Considerando a Portaria nº 1.028/GM/MS, de 1º de julho de 2005, que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

Considerando a demanda do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, de instituição de equipes de Atenção Básica atendendo as especificidades dessa população; e

Considerando a necessidade de integração intersetorial entre as Políticas de Saúde e as demais políticas públicas, visando a melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua, resolve:

Art. 1º Ficam definidas, nos termos desta Portaria, as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), previstas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Parágrafo único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 2º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

§1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

§2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

§3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território.

Art. 3º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) dois profissionais de nível superior; e
- b) dois profissionais de nível médio;

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) três profissionais de nível superior; e

b) três profissionais de nível médio; e

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Art. 4º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

I - enfermeiro;

II - psicólogo;

III - assistente social;

IV - terapeuta ocupacional;

V - médico;

VI - agente social;

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; e

VIII - técnico em saúde bucal.

§1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior.

§2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações.

§3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade, nos termos desta Portaria.

§4º No caso do §3º, as eCR poderão ser contabilizadas no número de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

§5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio.

§6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

§7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições:

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas;

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas);

III - dispensação de insumos de proteção à saúde;

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua.

§8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua.

§9º O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local.

§10. A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o Técnico em Saúde Bucal da eCR.

§11. A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal.

Art. 5º As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais.

Parágrafo único. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana.

Art. 6º Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

§1º O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua.

§2º O parâmetro adotado será de uma eCR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

Art. 7º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.

Art. 8º Fica instituído o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua, nos seguintes termos:

- I - para a eCR da Modalidade I será repassado o valor de R\$9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês;
- II - para eCR da Modalidade II será repassado o valor de R\$13.000,00 (treze mil reais) por mês; e
- III - para a eCR da Modalidade III será repassado o valor de R\$18.000,00 (dezoito mil reais) por mês.

§1º O incentivo financeiro de custeio instituído neste artigo engloba o custeio para transporte da eCR.

§2º O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a habilitação do Município, publicada por portaria específica da SAS/MS, que dependerá do cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e
- II - alimentação de dados no Sistema de Informação vigente.

§3º O repasse do incentivo financeiro instituído neste artigo será suspenso em caso de descumprimento desta Portaria e da Portaria nº 2.488, de 2011, no que toca aos Consultórios na Rua.

§4º O funcionamento da eCR será avaliado e monitorado pelo DAB/SAS/MS, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e pela Secretaria de Saúde estadual.

§5º As 92 (noventa e duas) equipes de consultório de rua constantes do anexo II desta Portaria, contempladas com financiamento oriundo das Chamadas de Seleção realizadas em 2010 pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/ SAS/MS, também poderão ser cadastradas como eCR, nos termos desta Portaria, para fins de recebimento do incentivo instituído neste artigo, desde que se adequem a alguma das modalidades descritas no art. 3º desta Portaria.

§6º No caso do § 5º, as equipes já existentes somente receberão o incentivo de que trata esta Portaria após ultrapassados doze meses desde o início do financiamento e da execução do recurso citado.

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Parágrafo único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente.

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os Municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família.

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar na implementação das eCR.

Art. 12. Os recursos orçamentários de que dispõe esta Portaria serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal, e correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor em 1º de fevereiro de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 2.866, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a equidade, a integralidade e a transversalidade, e o dever de atendimento das necessidades e demandas em saúde das populações do campo e da floresta;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13 que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.460/GM/MS, de 12 de dezembro de 2005, que instituiu o Grupo da Terra no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1º de agosto de 2008;

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social; e

Considerando a natureza dos processos de saúde e doença e sua determinação social, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se:

- I. agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o auto sustento e a comercialização de excedentes;
- II. agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos:

- a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais;
- b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento;
- c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento;
- d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nos itens "b", "c" e "d" deste inciso;

- III. assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre Estados, de acordo com a sazonalidade das culturas;
- IV. camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o auto sustento e a comercialização de excedentes;
- V. descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal;
- VI. direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsabilmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos;
- VII. direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação;
- VIII. diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural;
- IX. equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo;
- X. extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais;

- XI. extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros;
- XII. florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta;
- XIII. integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde;
- XIV. intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento;
- XV. parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade;
- XVI. populações do campo e da floresta: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros;
- XVII. povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição;
- XVIII. regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

- XIX. regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações;
- XX. reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo;
- XXI. sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais;
- XXII. sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades;
- XXIII. sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras;
- XXIV. sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático;
- XXV. sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades;
- XXVI. sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações;
- XXVII. território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável;
- XXVIII. trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade;
- XXIX. universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e
- XXX. violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais.

Art. 3º A PNSIPCF tem os seguintes objetivos específicos:

- I. garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, às especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida;
- II. contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica;
- III. reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta;
- IV. contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana;
- V. reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades;
- VI. promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção;
- VII. incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais;
- VIII. apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde;
- IX. apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa;
- X. promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais;

- XI. incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e
- XII. promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos.

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes:

- I. saúde como direito universal e social;
- II. inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta;
- III. transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltadas às populações do campo e da floresta;
- IV. formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo e da floresta, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica;
- V. valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais;
- VI. promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental;
- VII. apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo e da floresta;
- VIII. participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde;
- IX. informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação; e
- X. produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCF.

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde:

- I. garantir a implementação da PNSIPCF;
- II. promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo e da floresta;
- III. apoiar a implementação da PNSIPCF nos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- IV. incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo e da floresta;
- V. incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo e da floresta, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde;
- VI. prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCF;
- VII. fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não-governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo e da floresta, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Agrário, da Defesa, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Educação e da Pesca e Aquicultura, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros;
- VIII. consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde;
- IX. estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCF; e
- X. fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo e da floresta.

Art. 6º Compete aos Estados:

- I. promover a implementação da PNSIPCF;
- II. promover a inclusão da PNSIPCF no Plano Estadual de Saúde;
- III. incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCF de forma participativa;
- IV. produzir dados estratificados sobre as populações do campo e da floresta e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde;
- V. estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCF;
- VI. desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações;
- VII. desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde;
- VIII. prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; e
- IX. viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações.

Art. 7º Compete aos Municípios:

- I. promover a implementação da PNSIPCF;
- II. promover a inclusão da PNSIPCF no Plano Municipal de Saúde;
- III. promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCF de forma participativa;
- IV. produzir dados estratificados sobre as populações do campo e da floresta e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde;
- V. estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCF;
- VI. viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações;

- VII. desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e
- VIII. promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde.

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCF.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal;

Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei No- 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009;

Considerando o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), que apresenta as diretrizes para a elaboração de políticas públicas;

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde;

Considerando a diretriz do governo federal de reduzir as desigualdades sociais por meio da formulação e implantação de políticas e ações pertinentes;

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas no Plano Plurianual (PPA) e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT;

Considerando que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

Considerando que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde;

Considerando que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde;

Considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

Considerando a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais;

Considerando a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender às peculiaridades da população LGBT; e

Considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

- I. instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II. ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- III. qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- IV. qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- V. monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- VI. garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

- VII. promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- VIII. reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- IX. definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;
- X. oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;
- XI. oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
- XII. prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- XIII. prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- XIV. garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;
- XV. buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;
- XVI. atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
- XVII. garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- XVIII. fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- XIX. promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- XX. reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

- XXI. incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;
- XXII. incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;
- XXIII. promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e
- XXIV. realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

- I. respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;
- II. contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
- III. inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;
- IV. eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;
- V. implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;
- VI. difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

- VII. inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;
- VIII. produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e
- IX. fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

- I. apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;
- II. conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- III. distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;
- IV. definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;
- V. articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;
- VI. articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII. promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;
- VIII. elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

- IX. elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;
- X. incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;
- XI. promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;
- XII. incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- XIII. promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;
- XIV. fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;
- XV. apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e
- XVI. disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

- I. definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;
- II. conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- III. coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;
- IV. promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

- V. planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- VI. incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;
- VII. promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- VIII. incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- IX. promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e
- X. estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

- I. implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- II. identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;
- III. promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;
- IV. estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- V. articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- VI. incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- VII. implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII. apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012

Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

O MINISTRO DO ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único art. 87 da Constituição, e

Considerando que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de saúde do trabalhador, conforme determina a Constituição Federal;

Considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o alinhamento entre a política de saúde do trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011;

Considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS; e

Considerando a necessidade da definição dos princípios, das diretrizes e das estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS no que se refere à saúde do trabalhador, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política.

Parágrafo único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Art.4º Além do disposto nesta Portaria, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo I a esta Portaria.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade;
- II - integralidade;
- III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
- IV - descentralização;
- V - hierarquização;
- VI - equidade; e
- VII - precaução.

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre:

- I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores;
- II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e
- III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais.

Parágrafo único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde.

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

Parágrafo único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
- d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;
- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
- h) participação dos trabalhadores e suas organizações;

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe:

- a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho;
- b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha;
- c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social;

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental;

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos;

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo;

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador;

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes:

a) atenção primária em saúde;

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar;

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;

e) assistência farmacêutica;

f) sistemas de informações em saúde;

g) sistema de regulação do acesso;

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;

i) sistema de auditoria; e

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador;

IV - ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis conseqüências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

CAPÍTULO III

DAS ESTRATÉGIAS

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe:

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território;

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS;

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância;

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais;

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde;

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública;

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas;

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos Estados e Municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território;

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde;

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios;

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde;

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos Estados e Municípios;

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe:

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde;

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador;

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento;

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS;

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho;

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde;

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações;

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde:

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS);

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS);

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH);

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como:

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS);

2. Sistema Único de Benefícios (SUB);

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS);

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED);

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT);

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras;

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais;

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional);

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade;

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias;

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho;

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde;

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada;

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros;

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB);

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada Estado;

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas;

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão;

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe:

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde:

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;

9. subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência:

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes Estaduais e Municipais;

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver;

5. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências;

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contra referência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte;

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar):

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais;

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;

4. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada;

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe:

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos;

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações;

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe:

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social;

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores,

presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade;

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS;

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS;

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador;

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe:

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público;

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal;

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores;

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde;

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores;

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior;

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias;

h) articulação intersectorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e

restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa / extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial;

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização;

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência;

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe:

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador;

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território;

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores;

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis;

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social;

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos.

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no Estado, região, Município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde.

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos:

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS;

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador;

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações;

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais;

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância.

§3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá:

I - contemplar as diversidades e especificidades loco-regionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos Estados e Municípios nessa área;

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros;

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas - sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de

modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares.

CAPÍTULO IV **DAS RESPONSABILIDADES**

Seção I **Das Atribuições dos Gestores do SUS**

Art. 10. São responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador;

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador;

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Art. 11. À direção nacional do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS;

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde;

VII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos Municípios e nos Estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores;

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência.

Art. 12. À direção estadual do SUS compete:

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES;

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as Secretarias Municipais de Saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador;

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador;

VIII - monitorar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores;

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política;

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência;

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores;

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse loco-regional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde:

- I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;
- II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;
- VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- VII - participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;
- VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;
- X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;
- XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;
- XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à

saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

Seção II

Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

§2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

§3º O apoio matricial, de que trata o inciso II do caput, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS.

Parágrafo único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo:

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

CAPÍTULO V

DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS:

I - Planos de Saúde;

II - Programações Anuais de Saúde; e

III - Relatórios Anuais de Gestão.

§1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica.

§2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo.

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se:

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS;

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento;

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador;

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS;

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador;

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde;

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador;

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional.

CAPÍTULO VI **DO FINANCIAMENTO**

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como:

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social;

III - criação de fundos especiais; e

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos.

Parágrafo único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

PORTARIA Nº 1.082, DE 23 DE MAIO DE 2014

Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional;

Considerando o Decreto nº 2, de 13 de julho de 2006, que institui a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Sinase; Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma dos blocos de financiamento, com respectivo financiamento e controle;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no SUS a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio;

Considerando a Resolução nº 119/CONANDA, de 11 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências;

Considerando as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde da Série A - Normas e Manuais Técnicos - 2010, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/adolescente;

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a atenção integral em saúde de adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medidas socioeducativa em meio aberto;

Considerando a necessidade de redefinir normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades socioeducativas masculinas e femininas; e

Considerando a pactuação ocorrida na 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 29 de agosto de 2013, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Portaria, consideram-se as seguintes definições:

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente;

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente;

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade.

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto.

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão.

Seção I

Dos Princípios

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios:

- I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes;
- II - enfrentamento ao estigma e preconceito;
- III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento;
- IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional;
- V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos Municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território;
- VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população;
- VII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei; e
- VIII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

Seção II

Dos Objetivos

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI:

- I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade;
- II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei;
- III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de

Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender às complexas necessidades desta população;

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento;

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Seção III

Da Organização

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos:

I - promoção da saúde e prevenção de agravos;

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e

III - educação permanente.

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados:

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial;

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva;

III - a saúde bucal;

IV - a saúde mental;

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas;

VI - a prevenção e controle de agravos;

VII - a educação em saúde; e

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas.

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se:

I - na Atenção Básica:

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos;

- b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos;
- c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha;
- d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha;
- e) os cuidados de saúde bucal;
- f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede;
- g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e
- h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei;

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências:

- a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS;
- b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização;
- c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e
- d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência.

§1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica.

§2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial.

CAPÍTULO III

DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo.

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

§1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica.

§2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.

§3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 13. Para a atenção em Saúde Mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de:

I - 1 (um) profissional de Saúde Mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes;

II - 2 (dois) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e

III - 3 (três) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes.

§1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de Saúde Mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental.

§2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica.

§3º Os profissionais de Saúde Mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF.

Seção I

Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizar a unidade socioeducativa.

Parágrafo único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde.

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase.

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde:

- I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI;
- II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade;
- III - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme anexos II e III a esta Portaria;
- IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme anexos II e III a esta Portaria;
- V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS;
- VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo;
- VII - apoiar tecnicamente a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR) no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e
- VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde:

- I - apoiar os Municípios na implementação da PNAISARI;

- II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI;
- III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos II e III, em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo;
- IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;
- V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e Municípios;
- VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios;
- VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos nesta Portaria;
- VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde;
- IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite;
- X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e
- XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios.

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde:

- I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI;
- II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos II e III, em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo;
- III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;
- IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos nesta Portaria;
- V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Município;
- VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na CIT e CIB;
- VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite;

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual;

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do Município.

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios.

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, devem estar de acordo com as proposições neles inscritas.

Parágrafo único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no anexo II a esta Portaria.

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade.

Parágrafo único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Seção II

Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do Estado ou do Município:

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do anexo II a esta Portaria;

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por Município, conforme modelo constante do anexo III a esta Portaria;

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

§1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- a) Secretaria Estadual de Saúde;
- b) Secretaria Municipal de Saúde;
- c) Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local;
- d) unidades socioeducativas; e
- e) outras instituições e conselhos estratégicos.

§2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade.

§3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR).

§4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente.

§5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por Município, conforme modelo constante do anexo III a esta Portaria.

Seção III

Do Financiamento

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário.

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 25. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA).

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS).

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. Os casos não previstos nesta Portaria, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS.

Art. 27. As ações de saúde previstas nesta Portaria serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica.

Art. 28. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

ANEXO I

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE e responsabilidades setoriais INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao Juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos Arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento

de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

- 1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;
- 2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;
- 3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;
- 4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;
- 5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;
- 6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO II PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no Art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;
- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;
- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;
- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção à Saúde disponível no território;
- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;
- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;
- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.
- Indicação dos números do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).
- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;
- Indicação da organização de fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;
- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;
- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;
- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes: 9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;
- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;
- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO III PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos

adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes.

Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

	Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável
A	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial			
B	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos			
C	Saúde bucal			
D	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas			
E	Prevenção e Controle de agravos			
F	Educação em Saúde			
G	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas			

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014

Institui a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA JUSTIÇA, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de reintegração social das pessoas privadas de liberdade por meio da educação, do trabalho e da saúde, de acordo com a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPIR, de 12 de agosto de 2013, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional;

Considerando as recomendações e moções constantes nos relatórios finais da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde;

Considerando a importância da definição e implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo sistema prisional brasileiro;

Considerando os princípios constitucionais e a responsabilidade do Estado pela custódia das pessoas e a autonomia do arranjo interfederativo no campo da saúde pública e da justiça;

Considerando que é responsabilidade do SUS oferecer suporte técnico e operacional para o desenvolvimento de práticas preventivas e atenção primária de caráter geral referentes a ações e serviços de saúde, bem como o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; e

Considerando a pactuação ocorrida na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013, resolvem:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).

Art. 3º A PNAISP será regida pelos seguintes princípios:

I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;

II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;

IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;

V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e

VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Art. 4º Constituem-se diretrizes da PNAISP:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;

IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

Art. 5º É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.

Art. 6º São objetivos específicos da PNAISP:

I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

Art. 7º Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

§1º As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

§2º As pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 8º Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.

Art. 9º As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

Parágrafo único. A oferta de ações de saúde especializada em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade será regulamentada por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 10. Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 11. A assistência farmacêutica no âmbito desta Política será disciplinada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. A adesão à PNAISP ocorrerá por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo observados os seguintes critérios:

I - assinatura de Termo de Adesão, conforme modelo constante no anexo I a esta Portaria;

II - elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, de acordo com o modelo constante no anexo III a esta Portaria; e

III - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

§1º adesão estadual, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§2º Ao Estado e ao Distrito Federal que aderir à PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 14. A adesão municipal à PNAISP será facultativa, devendo observar os seguintes critérios:

- I - adesão estadual à PNAISP;
- II - existência de população privada de liberdade em seu território;
- III - assinatura do Termo de Adesão Municipal, conforme modelo constante no anexo II a esta Portaria;
- IV - elaboração de Plano de Ação Municipal para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, de acordo com o modelo constante no anexo III; e
- V - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

§ 1º A adesão municipal, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Ao Município que aderir a PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo financeiro, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 15. Compete à União:

I - por intermédio do Ministério da Saúde:

- a) elaborar planejamento estratégico para implementação da PNAISP, em cooperação técnica com Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- b) garantir a continuidade da PNAISP por meio da inclusão de seus componentes nos Planos Plurianuais e nos Planos Nacionais de Saúde;
- c) garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, transferindo de forma regular e automática, os recursos do Fundo Nacional de Saúde;
- d) definir estratégias para incluir de maneira fidedigna as informações epidemiológicas das populações prisionais nos sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- e) avaliar e monitorar as metas nacionais de acordo com a situação epidemiológica e as especificidades regionais, utilizando os indicadores e instrumentos que sejam mais adequados;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP na rede de atenção à saúde;

- g) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP no SUS;
- h) prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios na implantação dos sistemas de informação em saúde que contenham indicadores específicos da PNAISP;
- i) apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa para o SUS;
- j) promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP;
- k) promover ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;
- l) propor estratégias para o desenvolvimento de habilidades necessárias dos gestores e profissionais atuantes no âmbito da PNAISP, por meio dos processos de educação permanente em saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e realidades locais;
- m) estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em saúde prisional, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP); e
- n) apoiar, técnica e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde em estabelecimentos prisionais; e

II - por intermédio do Ministério da Justiça:

- a) executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção básica, em todas as unidades prisionais sob sua gestão;
- b) elaborar o plano de acompanhamento em saúde dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para garantir a continuidade da PNAISP, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o SUS;
- c) repassar informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, classificação dos estabelecimentos prisionais, número de trabalhadores do sistema prisional e de pessoas privadas de liberdade, dentre outras informações pertinentes à gestão;
- d) disponibilizar o acesso às informações do Sistema de Informação Penitenciária para as gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações de saúde;
- e) apoiar a organização e a implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados pelas gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde;
- f) assistir técnica e financeiramente, no âmbito de sua atribuição, na construção, na reforma e no aparelhamento do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro dos estabelecimentos penais;

- g) acompanhar a fiel aplicação das normas sanitárias nacionais e internacionais, visando garantir as condições de habitabilidade, higiene e humanização das ambiências prisionais;
- h) elaborar e divulgar normas técnicas sobre segurança para os profissionais de saúde dentro dos estabelecimentos penais;
- i) incentivar a inclusão dos agentes penitenciários nos programas de capacitação/sensibilização em saúde para a população privada de liberdade; e
- j) colaborar com os demais entes federativos para a inserção do tema "Saúde da Pessoa Privada de Liberdade" nos espaços de participação e controle social da justiça, nas escolas penitenciárias e entre os custodiados.

Art. 16. Compete ao Estado e ao Distrito Federal:

I - por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade, referenciada em sua pactuação;
- b) coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;
- c) elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria de Justiça e a Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- d) implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;
- e) participar do financiamento para o desenvolvimento das ações e serviços em saúde de que tratam esta Portaria;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNAISP;
- g) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito estadual ou distrital, consoantes a PNAISP, respeitando as diversidades locais; e
- h) promover, no âmbito de sua competência, as articulações intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes da PNAISP, bem como a articulação do SUS na esfera estadual ou distrital; e

II - por intermédio da Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais sob sua gestão;

- b) assessorar os Municípios, de forma técnica, junto à Secretaria Estadual de Saúde, no processo de discussão e implantação da PNAISP;
- c) considerar estratégias de humanização que atendam aos determinantes da saúde na construção e na adequação dos espaços das unidades prisionais;
- d) garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade;
- e) adaptar as unidades prisionais para atender às pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas;
- f) apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP;
- g) atualizar e compartilhar os dados sobre a população privada de liberdade com a Secretaria Municipal de Saúde;
- h) participar do financiamento das ações e serviços previstos na Política;
- i) garantir o acesso, a segurança e a conduta ética das equipes de saúde nos serviços de saúde do sistema prisional;
- j) apoiar intersetorialmente a realização das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde no sistema prisional;
- k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade;
- l) participar do planejamento e da realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema prisional; e
- m) viabilizar o acesso de profissionais e agentes públicos responsáveis pela realização de auditorias, pesquisas e outras formas de verificação às unidades prisionais, bem como aos ambientes de saúde prisional, especialmente os que tratam da PNAISP.

Art. 17. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

- I - executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade referenciada em sua pactuação;
- II - coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais;
- III - elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- IV - cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;
- V - elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

VI - implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;

VII - monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;

IX - promover, junto à população do Distrito Federal ou do Município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;

X - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal ou do Município e nas demais instâncias de controle social existentes no município; e

XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.

Art. 18. O monitoramento e a avaliação da PNAISP, dos serviços, das equipes e das ações de saúde serão realizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça por meio da inserção de dados, informações e documentos nos sistemas de informação da atenção à saúde.

Art. 19. Será instituído Grupo Condutor da PNAISP no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, formado pela respectiva Secretaria de Saúde, pela respectiva Secretaria de Justiça ou congênere, pela Administração Prisional ou congênere, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do respectivo Estado e pelo apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;

II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal;

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.

Art. 20. As pessoas privadas de liberdade poderão trabalhar nos serviços de saúde implantados dentro das unidades prisionais, nos programas de educação e promoção da saúde e nos programas de apoio aos serviços de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde será da pessoa sob custódia, com anuência e supervisão do serviço de saúde no sistema prisional.

§ 2º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas custodiadas que trabalharem nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde.

Art. 21. Os entes federativos terão prazo até 31 de dezembro de 2016 para efetuar as medidas necessárias de adequação de suas ações e seus serviços para que seja implementada a PNAISP conforme as regras previstas nesta Portaria.

Parágrafo único. Enquanto não efetivada a implementação da PNAISP conforme as regras previstas nesta Portaria, os entes federativos manterão o cumprimento das regras previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003.

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

Art. 23. Ficam revogadas:

I - a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 176, Seção 1, do dia 11 de setembro de 2003, p. 39; e

II - a Portaria nº 240/GM/MS, de 31 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 23, Seção 1, do dia 1º de fevereiro de 2007, p. 65.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

JOSÉ EDUARDO CARDOSO

Ministro de Estado da Justiça

PORTARIA Nº 4.384, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2018

Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando os princípios do SUS, especialmente a equidade, a integralidade e a transversalidade, e o dever de atendimento das necessidades e demandas em saúde do Povo Cigano/Romani;

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações do Ministério da Saúde, observando o conceito de saúde integral com vistas à equidade na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani, o que demanda a intersectorialidade com demais instâncias de proteção aos direitos fundamentais cidadãos, conforme o art. 5º da Carta Magna;

Considerando as práticas e saberes tradicionais em saúde, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, bem como a agricultura camponesa, ou seja, aquela que valoriza as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, visando à produção para o auto-sustento e a comercialização de excedentes;

Considerando que a gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, na perspectiva de construção de consensos, e, portanto, do fortalecimento de práticas participativas, conforme versa a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, constante no Anexo XXXIX da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que tem como um de seus princípios a promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde;

Considerando os instrumentos internacionais, entre eles a Política sobre Etnicidade e Saúde, aprovada em 28 de setembro de 2017 pela 29ª Conferência Sanitária da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando o caráter transversal das questões relacionadas à saúde do Povo Cigano/Romani e à escuta de diferentes atores sociais para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema e delineamento de estratégias intra e intersetoriais de intervenção;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender as peculiaridades do Povo Cigano/Romani;

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social; e

Considerando a natureza dos processos de saúde e doença e sua determinação social, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 5º

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, na forma do Anexo XXI-A"(NR)

Art. 2º A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, passa a vigorar acrescida do Anexo XXI-A, nos termos do Anexo a esta Portaria.

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

GILBERTO OCCHI

ANEXO

(ANEXO XXI-A à Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017)

***DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO
CIGANO/ROMANI***

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani:

I - fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei;

II - fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico;

III - fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional;

IV - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental;

V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;

VI - garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; e

VII - elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia.

Art. 4º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani:

I - ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

II - garantir e ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani às ações e serviços de saúde do SUS, considerando os territórios que habitam e/ou usam, como áreas urbanas, regiões periféricas dos grandes centros, acampamentos, barracas, ranchos, entre outros;

III - identificar, combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani como abuso, exploração e assédio nas ações e serviços de saúde do SUS;

IV - contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde;

V - incentivar o protagonismo do Povo Cigano/Romani no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;

VI - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados, considerando o Povo Cigano/Romani uma etnia;

VII - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, construídas de forma participativa com atores da sociedade civil;

VIII - monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde do Povo Cigano/Romani, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais;

IX - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito Nacional e Internacional; e

X - garantir, ainda na maternidade e demais localidades, o registro do recém-nascido, observada a legislação aplicável.

Art. 5º São diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani:

I - ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani, promovendo o acesso às ações e serviços de saúde de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;

II - inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

III - fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde;

- IV - criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados, municípios e no Distrito Federal;
- V - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani;
- VI - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades tradicionais;
- VII - fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes do combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicas no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e
- VIII - implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam a identidade positiva do Povo Cigano/Romani, respeitando suas diversidades étnico-culturais e favoreçam o protagonismo e autonomia do Povo Cigano/Romani no SUS.

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde:

- I - garantir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;
- II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde;
- III - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para o Povo Cigano/Romani;
- IV - apoiar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani nos estados, municípios e Distrito Federal;
- V - definir e gerir os recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;
- VI - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani, considerando os aspectos gênero, geracional e etnia, e inserir informações em saúde no sistema sob responsabilidade do Ministério da Saúde;
- VII - garantir a inclusão do quesito etnia Cigana nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;
- VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;
- IX - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde para o Povo Cigano/Romani;
- X - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani, de acordo com os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS;
- XI - fortalecer as instâncias de controle social do SUS e a fomentar a participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde;
- XII - criar e implementar o Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani;

XIII - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani;

XIV - elaborar e publicar materiais de informação, comunicação e educação sobre a Saúde Integral do Povo Cigano/Romani, respeitando seus modos de vida, culturas, tradições, saberes e valores; XV - elaborar materiais de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani;

XV - implantar e implementar ações de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como fomentar ações de promoção e proteção à saúde;

XVI - promover o apoio técnico e financeiro para implementação desta Política; e

XVII - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento e qualificação das ações em saúde para o Povo Cigano/Romani.

Art. 7º Compete à gestão estadual de saúde:

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual;

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde;

III - implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani;

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;

V - promover a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde, em consonância com as realidades locais e regionais, e no Plano Plurianual - PPA setorial estadual, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição;

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual;

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;

IX - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani de forma participativa;

X - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde, voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani;

XI - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde;

- XII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde;
- XIII - apoiar a implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde do Povo Cigano/Romani;
- XIV - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani;
- XV - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani;
- XVI - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios e viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para o Povo Cigano/Romani;
- XVII - fomentar a articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e
- XVIII - incentivar e participar da elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico para a promoção e proteção à saúde do Povo Cigano/Romani.

Art. 8º Compete à gestão municipal de saúde:

- I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito municipal;
- II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde;
- III - implementar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani;
- IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- V - promover a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e a necessidades locais, e no Plano Plurianual - PPA setorial, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição;
- VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani em consonância com o Pacto pela Saúde;
- VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos;
- VIII - produzir dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde;
- IX - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani;
- X - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhos de saúde voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani;
- XI - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades de saúde voltadas para o Povo Cigano/Romani, com

base nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS;

XII - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani;

XIII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde;

XIV - instituir de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani;

XV - fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o Povo Cigano/Romani, por meio da Políticas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos; e

XVI - articular de forma intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

Art. 9º Os órgãos do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades a fim de adequá-los às diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGE/MS articulará, no âmbito do Ministério da Saúde, junto às demais Secretarias e entidades vinculadas, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.

PORTARIA GM/MS Nº 1.526, DE 11 DE OUTUBRO DE 2023

Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º O Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"ANEXO XIII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência - PNAISPD

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência - PNAISPD no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na forma deste Anexo.

Art. 2º A PNAISPD tem por objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

Art. 3º Para fins da PNAISPD considera-se:

I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na zona rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida;

II - adaptações razoáveis: adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional e indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que a pessoa com deficiência possa gozar ou exercer, em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos e liberdades fundamentais;

III - ambiente facilitador à vida: refere-se ao estabelecimento e à qualidade do vínculo da pessoa com deficiência com seus familiares, cuidadores e acompanhantes e também destes com os profissionais que atuam em diferentes espaços que as pessoas percorrem em seus territórios vivenciais para a conquista do desenvolvimento integral. Esse ambiente se constitui a partir da compreensão da relação entre indivíduo e sociedade, interagindo por um desenvolvimento permeado pelo cuidado essencial, abrangendo toda a comunidade em que vive;

IV - Análise de Situação de Saúde (ASIS): processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos e problemas de saúde, assim como seus determinantes;

V - capacitismo: discriminação e preconceito social praticados contra as pessoas com deficiência;

VI - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico, incluindo os recursos de Tecnologia Assistiva;

VII - funcionalidade: termo que engloba todas as funções e estruturas do corpo, além de atividades e participação, de maneira similar e em interação com os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais);

VIII - interprofissionalidade e prática colaborativa: articulação entre os profissionais de saúde, e de diferentes equipes, com distintas experiências profissionais, com o propósito de prestar assistência de qualidade;

IX - interseccionalidade: termo que caracteriza a interação entre um ou mais marcadores sociais e suas consequências sobre determinados grupos. Na saúde a análise interseccional reconhece que as experiências de saúde e bem-estar das pessoas são influenciadas por múltiplos fatores interconectados e que as iniquidades sociais resultam dessa complexa interação;

X - intersetorialidade: colaboração e intervenção coordenada de diferentes setores e áreas de governo, bem como organizações e instituições, dentro de suas atribuições, destinadas a promover e proteger a saúde das pessoas de forma integral e resolutiva;

XI - modelo biopsicossocial: baseia-se na junção dos modelos médico e social, com vistas à compreensão da integração das várias dimensões que envolvem o processo de saúde e doença (biológica, individual e social);

XII - pessoa com deficiência: pessoa com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;

XIII - Rede de Atenção à Saúde (RAS): conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; e

XIV - Tecnologia Assistiva: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, serviços, metodologias, estratégias e práticas que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 4º São princípios da PNAISPD:

- I - direito à vida e à saúde;
- II - respeito às diferenças e diversidade humana;
- III - inclusão social;
- IV - acesso universal à saúde;
- V - integralidade do cuidado;
- VI - equidade em saúde;
- VII - ambiente facilitador à vida;
- VIII - humanização da atenção;
- IX - acessibilidade; e
- X - gestão participativa e controle social.

Art. 5º São diretrizes que regem a PNAISPD:

- I - oferta do cuidado integral à pessoa com deficiência sob a perspectiva interseccional em saúde, com foco na funcionalidade, sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de base territorial;
- II - desenvolvimento de ações intersetoriais visando a promoção dos direitos humanos, a inclusão social e o pleno exercício da cidadania;
- III - promoção da acessibilidade em suas diferentes dimensões;
- IV - estímulo à autonomia da pessoa com deficiência;
- V - enfrentamento ao capacitismo e às distintas formas de violência; e
- VI - gestão interfederativa das ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência.

CAPÍTULO III DOS EIXOS DE ATUAÇÃO E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Art. 6º As ações inseridas na PNAISPD serão organizadas nos seguintes eixos de atuação:

I - promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos em todos os ciclos de vida, de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência;

II - organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde;

III - formação, qualificação e educação permanente em saúde na perspectiva do modelo biopsicossocial;

IV - articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional;

V - pesquisa, produção e tradução do conhecimento;

VI - informação e comunicação em saúde;

VII - dados e sistemas de informação em saúde; e

VIII - participação da comunidade e controle social.

Parágrafo único. Para o planejamento das ações direcionadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência, deve-se considerar a Análise de Situação de Saúde (ASIS).

Art. 7º São ações estratégicas do eixo "promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos em todos os ciclos de vida de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência":

I - promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos à saúde da pessoa com deficiência, considerando os condicionantes e determinantes sociais da saúde e o modelo biopsicossocial;

II - ampliação e fortalecimento das ações voltadas ao diagnóstico precoce de agravos, incluindo-se as triagens neonatais, de modo a possibilitar intervenções precoces e início do tratamento, habilitação e/ou reabilitação em tempo oportuno;

III - prevenção do agravamento dos impedimentos e do comprometimento da funcionalidade da pessoa com deficiência;

IV - estímulo à autonomia e co-responsabilidade das pessoas com deficiência no seu processo de cuidado;

V - fomento de ações que visem minimizar as iniquidades que envolvem aspectos étnicos, etários, raciais, sociais, regionais, de gênero, orientação sexual, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, entre outros;

VI - prevenção e identificação precoce de abusos ou violências contra a pessoa com deficiência, incluindo a qualificação dos fluxos intersetoriais para a notificação dos casos;

VII - desenvolvimento de ações para reconhecimento e acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos das pessoas com deficiência, com ênfase na perspectiva de raça, gênero e orientação sexual;

VIII - prevenção de agravos e promoção da saúde dos familiares, cuidadores e acompanhantes das pessoas com deficiência;

IX - estímulo ao desenvolvimento de alternativas inovadoras, participativas, colaborativas, inclusivas, acessíveis e anti capacitistas, no âmbito das ações de promoção da saúde da pessoa com deficiência;

X - fomento de estratégias para ampliação da cobertura vacinal com vistas à prevenção de doenças e proteção à saúde;

XI - desenvolvimento de ambientes facilitadores à vida e a participação social;

XII - estímulo à autonomia e à independência das pessoas com deficiência nos processos decisórios, inclusive por meio da decisão apoiada, quando necessário; e

XIII - estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo o incentivo à prática de atividades físicas e à alimentação saudável.

Art. 8º São ações estratégicas do eixo "organização das ações e serviços de saúde sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde ":

I - articulação e integração dos diferentes pontos de atenção, considerando a centralidade da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde;

II - atendimento especializado em reabilitação e dispensação de Tecnologia Assistiva, aumentando as possibilidades de autonomia, independência e inclusão social da pessoa com deficiência;

III - instituição de linhas de cuidado, informadas por evidências científicas, voltadas às pessoas com deficiência, entre elas, mas não restrita, pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pé torto congênito, Trissomia do Cromossomo 21, pessoas estomizadas e outras condições de saúde, considerando a lógica de atenção interprofissional, multiprofissional e interdisciplinar;

IV - definição de critérios e indicadores que garantam qualidade na oferta do cuidado à pessoa com deficiência considerando suas singularidades;

V - ampliação do acesso às ações e serviços em todos os níveis do SUS visando a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos em saúde desde o domicílio;

VI - definição de fluxos para o acesso à Tecnologia Assistiva de acordo com critérios de equidade e funcionalidade, incluindo medicamentos, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM);

VII - estímulo à implantação criteriosa das tecnologias de telessaúde para ampliação do acesso às ações e serviços de saúde pelas pessoas com deficiência;

VIII - promoção da acessibilidade, em suas diferentes dimensões, inclusive com a adoção do desenho universal ou adaptação razoável nas hipóteses em que comprovadamente o desenho universal não possa ser empreendido; e

IX - fortalecimento dos espaços de pactuação e articulação interfederativa em consonância com o modelo de cuidado estabelecido pela PNAISPD.

Art. 9º São ações estratégicas do eixo "formação, qualificação e Educação Permanente em Saúde (EPS) na perspectiva do modelo biopsicossocial":

I - formação da força de trabalho para o SUS com base nas necessidades das pessoas com deficiência, sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, com abordagem interseccional e anti capacitista;

II - fortalecimento das ações de educação permanente nos serviços de saúde;

III - oferta de ações contínuas de qualificação das trabalhadoras e trabalhadores da saúde para o cuidado sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde visando o cuidado integral e humanizado à pessoa com deficiência;

IV - fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade como estratégia indutora da transformação do processo de formação em saúde com foco na interseccionalidade, intersetorialidade, interprofissionalidade e prática colaborativa de forma transversal às demais políticas;

V - qualificação das práticas de cuidado prestadas por familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência; e

VI - promoção de ações intra setoriais, intersetoriais, e interinstitucionais com vistas a ampliação e qualificação do processo formativo dos profissionais da saúde.

Art. 10. São ações estratégicas do eixo "articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional":

I - estímulo à articulação de ações intra setoriais, intersetoriais e interinstitucionais voltadas à prevenção das violências visíveis e invisíveis e à promoção da cultura de paz;

II - articulação da PNAISPD com as demais políticas, estratégias e programas dos diferentes setores com vistas a promover a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência;

III - desenvolvimento de estratégias de prevenção aos acidentes, incluindo os relacionados ao trabalho;

IV - desenvolvimento de ações intra setoriais, intersetoriais e interinstitucionais para fortalecimento da autonomia, independência, inclusão e participação social das pessoas com deficiência;

V - elaboração de ações com foco na redução de vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas com deficiência;

VI - definição de mecanismos formais de articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional para a promoção do letramento anti capacitista; e

VII - promoção da articulação intergestores para facilitar e qualificar a implementação da PNAISPD no âmbito dos territórios.

Art. 11. São ações estratégicas do eixo "pesquisa, produção e tradução do conhecimento":

I - fomento de pesquisas para o desenvolvimento e/ou aprimoramento de Tecnologia Assistiva e de tecnologias de cuidado à pessoa com deficiência, entre elas, mas não restrita, às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pé torto congênito, Trissomia do Cromossomo 21, entre outras condições de saúde;

II - produção de evidências científicas acerca do cuidado às pessoas com deficiência;

III - estímulo a estratégias que promovam a participação e inclusão de pesquisadoras e pesquisadores com deficiência nas pesquisas científicas fomentadas com editais e recursos públicos;

IV - criação de espaços participativos com as pessoas com deficiência, e demais atores, visando a contribuição na definição das prioridades para o desenvolvimento de pesquisas científicas; e

V - tradução e divulgação do conhecimento às trabalhadoras e trabalhadores da saúde e à sociedade civil acerca das melhores evidências disponíveis.

Art. 12. São ações estratégicas do eixo "informação e comunicação em saúde":

I - tradução, divulgação e comunicação das informações em saúde, observando as normas de acessibilidade vigentes;

II - ampliação do conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência;

III - ampliação da representatividade das pessoas com deficiência nas campanhas governamentais, bem como nos diversos espaços sociais e nos estabelecimentos e ações de saúde;

IV - elaboração de estratégias de comunicação em saúde para promover a autonomia e inclusão social da pessoa com deficiência;

V - promoção da acessibilidade em comunicação nas ações e serviços de saúde em conformidade às normas de acessibilidade vigentes; e

VI - incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nas ações e serviços de saúde.

Art. 13. São ações estratégicas do eixo "dados e sistemas de informação em saúde":

I - aprimoramento dos sistemas de informação em saúde de modo a implementar variáveis que permitam a caracterização das pessoas com deficiência e o registro de dados sobre funcionalidade, na perspectiva da avaliação biopsicossocial;

II - desenvolvimento de inquéritos populacionais sobre as pessoas com deficiência;

III - publicização das informações produzidas, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e suas alterações posteriores;

IV - fomento à interoperabilização dos sistemas de informação em saúde com o Cadastro-Inclusão da pessoa com deficiência; e

V - promoção de ações que visem a capacitação dos profissionais para o preenchimento dos bancos de dados, com vistas a melhoria da qualidade das informações.

Art. 14. São ações estratégicas do eixo "participação da comunidade e controle social":

I - inclusão das pessoas com deficiência e da sociedade civil organizada nas instâncias de participação da comunidade e controle social, enquanto espaços de construção e efetivação das políticas públicas;

II - promoção de espaços de participação social acessíveis às pessoas com deficiência com vistas à inclusão social;

III - fortalecimento de iniciativas de qualificação das pessoas com deficiência para a participação nas instâncias de tomada de decisão; e

IV - ampliação dos mecanismos de participação das pessoas com deficiência no âmbito do SUS.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS DA GESTÃO INTERFEDERATIVA

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde, no âmbito da PNAISPD:

I - coordenar, articular e apoiar a implementação da PNAISPD, em cooperação com os gestores de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal;

II - realizar o alinhamento das ações e serviços de saúde nos instrumentos de planejamento e gestão públicos, considerando as prioridades e especificidades regionais, estaduais e municipais;

III - implementar, financiar, acompanhar e monitorar a PNAISPD em nível nacional, observados os princípios e diretrizes do SUS;

IV - desenvolver e fomentar ações de mobilização social, informação, educação e comunicação visando à divulgação das ações da PNAISPD e ao combate ao capacitismo;

V - elaborar as normas e documentos orientadores para a implementação da PNAISPD, bem como os planos, programas, ações e projetos dela decorrentes;

VI - elaborar protocolos e linhas de cuidado voltados à saúde da pessoa com deficiência no âmbito do SUS;

VII - elaborar protocolos e linhas de cuidados voltados à saúde de familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiências;

VIII - apoiar técnica e institucionalmente os estados, municípios e Distrito Federal no processo de implantação e implementação da PNAISPD, considerando as necessidades específicas de saúde dos respectivos territórios;

IX - implementar, monitorar e avaliar os indicadores de saúde relativos à pessoa com deficiência nos instrumentos de gestão públicos;

X - fomentar ações de formação e qualificação profissional voltada à saúde da pessoa com deficiência;

XI - estimular o desenvolvimento de ações de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde direcionadas ao cuidado à saúde da pessoa com deficiência, na perspectiva do modelo biopsicossocial;

XII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas para subsidiar as ações estratégicas no âmbito da PNAISPD;

XIII - promover e fomentar articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional, de forma transversal com os diversos atores envolvidos na temática da pessoa com deficiência;

XIV - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência com os setores organizados da sociedade civil nas instâncias colegiadas e de controle social;

XV - promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS; e

XVI - designar representantes e apoiar sua participação nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos na temática da saúde da pessoa com deficiência,

especialmente no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Conade, na Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Conselho Nacional de Saúde - CIASPD/CNS e demais instâncias colegiadas.

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos estados:

I - coordenar e implantar a PNAISPD no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias às suas especificidades locais;

II - implementar, cofinanciar, acompanhar e monitorar a PNAISPD em nível estadual, observados os princípios e diretrizes do SUS;

III - articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da pessoa com deficiência no Plano Estadual de Saúde;

IV - monitorar e avaliar os indicadores e metas relativas à saúde da pessoa com deficiência, estabelecidos no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional, bem como alimentar os sistemas de informação em saúde, de forma contínua;

V - desenvolver e fomentar ações de mobilização social, informação, educação e comunicação no âmbito estadual, visando à divulgação da PNAISPD e à implementação das ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência;

VI - apoiar técnica e institucionalmente os municípios e regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, considerando as especificidades do território;

VII - promover a qualificação e educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, na perspectiva do modelo biopsicossocial, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, se necessário, para a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no âmbito estadual e municipal, no que couber;

VIII - promover articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional com vistas à implementação da PNAISPD em nível local; e

IX - designar representantes e apoiar sua participação nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos na temática da saúde da pessoa com deficiência.

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos municípios:

I - implantar, implementar e cofinanciar a PNAISPD no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde Estadual e promovendo as adequações necessárias às suas especificidades locais, bem como articular o alinhamento das ações e serviços de saúde das pessoas com deficiência no Plano Municipal de Saúde e no Planejamento Regional;

II - promover a qualificação e educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, na perspectiva do modelo biopsicossocial em parceria com instituições de ensino e pesquisa, se necessário, para a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no âmbito municipal;

III - monitorar e avaliar os indicadores e metas relativas à saúde da pessoa com deficiência, estabelecidos no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional, bem como alimentar os sistemas de informação em saúde de forma contínua;

IV - promover articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISPD no âmbito municipal;

V - fortalecer a participação da comunidade e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência; e

VI - designar representantes e apoiar sua participação nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos na temática da saúde da pessoa com deficiência.

Art. 18. Compete à Secretaria de Saúde do Distrito Federal:

I - coordenar, cofinanciar, implantar e implementar a PNAISPD no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias às suas especificidades locais;

II - articular, em parceria com as Regiões Administrativas, o alinhamento das ações e serviços de saúde da pessoa com deficiência no Plano Distrital de Saúde;

III - monitorar e avaliar os indicadores e metas relativas à saúde da pessoa com deficiência estabelecidos no Plano Distrital de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional, bem como alimentar os sistemas de informação em saúde de forma contínua;

IV - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação e comunicação no âmbito distrital, visando à divulgação da PNAISPD e à implementação das ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência;

V - apoiar técnica e institucionalmente as Regiões Administrativas e as regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência;

VI - promover a qualificação e educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, na perspectiva do modelo biopsicossocial em parceria com instituições de ensino e pesquisa, se necessário, para a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no âmbito distrital;

VII - promover articulação intersetorial e interinstitucional com vistas à implementação da PNAISPD em nível local; e

VIII - designar representantes e apoiar sua participação nos fóruns, colegiados e conselhos envolvidos na temática da saúde da pessoa com deficiência.

CAPÍTULO V

DO ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISPD ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS.

Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da pessoa com deficiência estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS em âmbito federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO

Art. 20. O adequado financiamento da PNAISPD é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. " (NR)

Art. 2º O Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Fica instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Para os fins deste Anexo, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, conforme disposto no art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015" (NR).

"CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º

I -

II - universalidade e equidade do acesso ao cuidado em saúde;

III - promoção do respeito às diferenças e do enfrentamento a estigmas, preconceitos, ações capacitistas e todas as formas de violência;

IV - garantia do acesso ao cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades da pessoa com deficiência, considerando suas singularidades e interseccionalidades;

VI - diversificação das estratégias de cuidado, com base na clínica ampliada, visando ao desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas das pessoas com deficiência;

VII - fomento à implantação criteriosa das tecnologias de telessaúde para ampliação do acesso às ações e serviços de saúde pelas pessoas com deficiência;

VIII - desenvolvimento de ações intra setoriais, intersetoriais e interinstitucionais no território, que favoreçam a participação e inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania das pessoas com deficiência;

IX - fortalecimento da participação das pessoas com deficiência nos espaços de formulação, implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas;

X - estímulo à participação de familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência nos espaços de formulação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas;

XI - organização dos serviços da Rede de Atenção à Saúde - RAS de forma regionalizada, articulada e integrada;

XII - promoção de estratégias de educação permanente e de qualificação profissional na perspectiva do modelo biopsicossocial;

XIII - incentivo ao protagonismo e à centralidade da pessoa com deficiência no seu processo de cuidado, por meio da clínica ampliada e compartilhada;

XIV - fomento à pesquisa e ao desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação; e

XV - desenvolvimento de estratégias que visem à eliminação das barreiras e facilitem o acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde ofertados no SUS.

Art. 3º A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem por objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, articulados em Redes de Atenção à Saúde de acordo com o Planejamento Regional Integrado - PRI.

Parágrafo único. A RCPD também ofertará ações e serviços de saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes das pessoas com deficiência.

Art. 4º

I - promover o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência, por meio da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos em saúde;

II - fortalecer as ações para identificação precoce de agravos à saúde que possam resultar em impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e/ou em limitações no desempenho de atividades e restrições de participação da pessoa com deficiência;

III - desenvolver ações de identificação de fatores de risco e de prevenção a agravos à saúde das pessoas com deficiência nos diferentes ciclos de vida, incluindo aqueles decorrentes de condições humanas geneticamente determinadas e/ou outros fatores;

IV - desenvolver ações de habilitação e reabilitação com foco na funcionalidade, autonomia e inclusão social;

V - promover a oferta, ampliação e a qualificação do acesso às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPM;

VI - promover a articulação e integração das ações e serviços com os diferentes pontos de atenção, bem como com os diversos equipamentos sociais existentes no território, de modo a contribuir na conquista da autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social da pessoa com deficiência;

VII - propiciar e fomentar estratégias para a formação, qualificação e educação permanente de profissionais da área de saúde;

VIII - articular ações intersetoriais, intersetoriais e interinstitucionais que visem à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como ao desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas da pessoa com deficiência;

IX - fornecer informações e orientações sobre a promoção, proteção e defesa dos direitos à saúde da pessoa com deficiência;

X - promover a adequada prestação de ações e serviços de saúde às pessoas com deficiência por meio da organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito da RCPD;

XI - propor ferramentas de monitoramento e avaliação da qualidade e resolutividade dos serviços de saúde no âmbito da RCPD; e

XII - desenvolver ações para enfrentamento do capacitismo, prevenção das violências visíveis e invisíveis e promoção da cultura de paz.

Art. 5º A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução das seguintes etapas:

- I - criação do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- II - diagnóstico da situação de saúde e formulação do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- III - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo ente federativo; e
- IV - implantação e acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Art. 6º Compete ao Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- I - coordenar a elaboração do diagnóstico da situação de saúde e a formulação do Plano de Ação Estadual ou Distrital da RCPD;
- II - estimular a construção dos Planos de Ação Regionais da RCPD, em consonância com o PRI, e demais instrumentos de gestão;
- III - acompanhar o processo de implantação e implementação da RCPD;
- IV - realizar o monitoramento e a avaliação do processo de implantação e implementação da RCPD;
- V - fomentar a participação da pessoa com deficiência nos espaços de controle social; e
- VI - estimular a instituição do Fórum da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com a finalidade de construir espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na implantação e implementação da RCPD.

Art. 7º O Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve ser composto por representantes:

- I - da Secretaria de Saúde estadual ou distrital, que o coordenará;
- II - do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS; e
- III - do Ministério da Saúde.

§1º A composição do Grupo Condutor da RCPD e eventuais alterações em sua representação deverão ser aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

§2º As ações do Grupo Condutor deverão ser articuladas com os Comitês Executivos de Governança da RAS em observância ao PRI.

§3º Para a função de coordenação do Grupo Condutor não é recomendável a indicação de profissionais que exerçam cumulativamente funções de coordenação técnica, responsabilidade técnica, direção ou gestão de serviços, a fim de que não haja comprometimento das ações a serem desenvolvidas no âmbito da RCPD.

§4º Além do Grupo Condutor de que dispõe o caput, os estados e o Distrito Federal poderão instituir instâncias locais para operacionalização da RCPD.

§5º As instâncias locais previstas no §4º deverão ter sua composição e competências pactuadas junto ao Grupo Condutor da RCPD e devidamente homologadas pela CIB ou pelo CGSES/DF.

Art. 8º O diagnóstico da situação de saúde e a formulação do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão estruturados da seguinte forma:

I - realização de análise da situação de saúde, incluindo aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais e epidemiológicos que subsidiarão a formulação do Plano de Ação Estadual ou Distrital e/ou Planos de Ação Regionais, em consonância com o PRI;

II - caracterização da rede de serviços de saúde local, com a apresentação do dimensionamento da força de trabalho, oferta e demanda dos serviços de saúde, e demais equipamentos intersetoriais existentes no território; e

III - elaboração do desenho regional da RCPD, observando as diretrizes para os processos de regionalização e o PRI, elaborado de forma ascendente, considerando a governança das Redes de Atenção à Saúde - RAS no âmbito do SUS, conforme Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, e suas atualizações.

Art. 9º A adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo ente federativo estrutura-se da seguinte forma:

I - pactuação e homologação da proposta do Plano de Ação Estadual ou Distrital e/ou Planos de Ação Regionais e da ordem de prioridade estabelecida para as ações de implantação e implementação da RCPD na Comissão Intergestores Regional - CIR, quando couber, e na CIB ou no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as responsabilidades quanto ao aporte de recursos pela União, estados, Distrito Federal e municípios;

II - apresentação do Plano de Ação Estadual/Distrital e/ou Planos de Ação Regionais ao Ministério da Saúde, conforme recomendações constantes nos documentos técnicos disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde; e

III - formalização das solicitações de implantação e implementação nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde.

Art. 10. A implantação e o acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território compreendem a:

I - implementação do Plano de Ação Estadual ou Distrital e/ou Planos de Ação Regionais da Rede;

II - contratualização dos pontos de atenção da RCPD pelo ente responsável, observadas as responsabilidades definidas no âmbito da Rede;

III - articulação dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência e demais equipamentos intersetoriais; e

IV - definição de instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Rede.

Art. 10-A. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências:

I - caberá ao município, por meio da Secretaria de Saúde Municipal:

a) a implementação e coordenação de ações no âmbito municipal;

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão, incluído o respectivo financiamento e respeitadas as devidas pactuações intergestores;

c) a regulação do acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no CGSES/DF;

d) a articulação e integração dos pontos de atenção à saúde e destes com os demais equipamentos sociais; e

e) o monitoramento e a avaliação da Rede no território municipal.

II - caberá ao estado, por meio da Secretaria de Saúde estadual:

a) a designação dos membros titular e suplente para exercer a função de coordenação do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

b) a coordenação do Grupo Condutor, respeitado o previsto no art. 7º;

c) o fornecimento dos meios necessários ao desenvolvimento das atividades do Grupo Condutor da RCPD;

d) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão, incluído o respectivo financiamento e respeitadas as devidas pactuações intergestores;

e) a articulação e integração dos pontos de atenção à saúde e destes com os demais equipamentos sociais;

f) o monitoramento e a avaliação da Rede no território estadual, de forma regionalizada;

g) a implementação e o financiamento dos pontos de atenção sob gestão estadual;

h) o apoio técnico e institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, financiamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no território, respeitadas as devidas pactuações intergestores; e

i) a regulação do acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no CGSES/DF.

III - caberá à União, por intermédio do Ministério da Saúde:

a) o apoio ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal, estadual e distrital para a implantação e implementação da RCPD;

b) o apoio aos Grupos Condutores da RCPD na execução de suas atribuições e ações;

c) o monitoramento e avaliação da Rede em todo território nacional; e

d) a elaboração e implementação de Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para atenção à pessoa com deficiência.

Parágrafo único. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos estados e municípios." (NR)

"CAPÍTULO II

DOS COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Art. 11.

I - Atenção Primária à Saúde;

II - Atenção Especializada Ambulatorial; e

III - Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Seção I

Do Componente da Atenção Primária à Saúde

Art. 12. O componente da Atenção Primária à Saúde na RCPD terá como pontos de atenção às Unidades Básicas de Saúde - UBS e contará com:

I - acesso a cuidados de saúde abrangentes;

II - vigilância em saúde;

III - promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos;

IV - assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos, por meio de atenção integral e cuidado multiprofissional;

IV - atenção e cuidados relacionados à saúde bucal.

Art. 13. A Atenção Primária à Saúde na RCPD priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

I - identificação e registro das pessoas com deficiência do território;

II - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

III - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças com deficiência e suporte às famílias conforme as necessidades;

IV - educação em saúde, com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos, acidentes e quedas e no letramento anti capacitista;

V - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar o itinerário terapêutico das pessoas com deficiência;

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, promovendo a inclusão e qualidade de vida de pessoas com deficiência e o letramento anti capacitista;

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, com base na avaliação biopsicossocial;

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na perspectiva de cuidado integral, com atuação nas UBS, no domicílio e nos espaços e equipamentos do território de abrangência;

IX - cuidado, apoio e orientação às famílias, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência;

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar;

XI - vacinação e acompanhamento do cartão de vacina;

XII - identificação, avaliação e encaminhamento de pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de OPM ao componente da atenção especializada ambulatorial;

XIII - oferta de práticas em reabilitação individuais e coletivas pelas equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, incluindo as equipes multiprofissionais (eMulti); e

XIV - promoção da comunicação entre os pontos de atenção, compartilhamento do cuidado e desenvolvimento de estratégias para organização das redes de atenção,

incluindo ações de matriciamento pela Atenção Especializada com foco nas necessidades das pessoas com deficiência.

Seção II

Do Componente da Atenção Especializada Ambulatorial

Art. 14. O componente da Atenção Especializada Ambulatorial na RCPD contará com os seguintes pontos de atenção:

I -

II - Centros Especializados em Reabilitação (CER);

III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e

IV - Oficinas Ortopédicas.

Parágrafo único. O componente de que trata o caput contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, de abrangência regional, com o objetivo de garantir o acesso das pessoas com deficiência com seu familiar, cuidador ou acompanhante aos pontos de atenção da RCPD, caso não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma pelos meios de transporte convencionais.

Art. 15. Os pontos de atenção do componente da Atenção Especializada Ambulatorial deverão:

I - constituir-se em serviço de referência regulado, fornecendo Atenção Especializada Ambulatorial às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, estomia ou múltiplas deficiências;

II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado à saúde da pessoa com deficiência nos processos de habilitação e reabilitação;

III - ofertar ações de atenção à saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência;

IV - produzir, em conjunto com a pessoa com deficiência, de forma matricial na RAS e compartilhado com a Atenção Primária à Saúde, um Projeto Terapêutico Singular - PTS, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e funcionalidade da pessoa com deficiência, com foco na produção de autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

V - promover a indicação criteriosa de Tecnologia Assistiva, bem como as adaptações e adequações necessárias, considerando o ambiente físico e social, com vistas ao uso seguro e eficiente;

VI - promover a melhoria da funcionalidade e a inclusão social das pessoas com deficiência, por meio do processo de habilitação e reabilitação;

VII - estabelecer fluxos, protocolos e práticas de cuidado à saúde de forma contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da RCPD em cada território;

VIII - realizar ações de apoio matricial, compartilhando a responsabilidade do cuidado com os demais pontos da RCPD;

IX - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social - SUAS para o acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

X - articular-se com a rede de ensino para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades, fornecendo apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar." (NR)

"Subseção I

Dos Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação

Art. 18. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas que poderão estar organizados sob a forma de serviços de reabilitação em uma única modalidade ou Núcleo de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista.

§1º Os estabelecimentos de saúde que dispõe o caput são aqueles que já existam na data da publicação desta Portaria.

§2º Excepcionalmente, poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde, conforme o que dispõe o caput, desde que a solicitação seja, motivadamente, definida no PRI, pactuado no Plano de Ação da RCPD, aprovado pela CIB ou CGSES/DF, e pelo Ministério da Saúde.

§3º Os estabelecimentos de saúde de que dispõe o caput deverão atender às especificações técnicas exigidas pelas normativas disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§4º Os estabelecimentos de saúde de que dispõe o caput poderão requerer a qualificação para CER, desde que cumpridas as exigências estabelecidas nas normativas publicadas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§ 5º Os estabelecimentos de saúde de que dispõe o caput poderão constituir rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação, bem como ser polo de formação, qualificação e educação permanente.

Subseção II

Dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)

Art. 19. O CER é um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a RAS no território, podendo ser organizado das seguintes formas:

I - CER II, composto por duas modalidades de reabilitação, habilitado das seguintes maneiras:

- a) CER II: auditiva e física;
- b) CER II: auditiva e intelectual;
- c) CER II: auditiva e visual;
- d) CER II: física e intelectual;
- e) CER II: física e visual; ou
- f) CER II: intelectual e visual.

II - CER III, composto por três modalidades de reabilitação, habilitado das seguintes maneiras:

- a) CER III: auditiva, física e intelectual;
- b) CER III: auditiva, física e visual;
- c) CER III: auditiva, intelectual e visual; ou
- d) CER III: física, intelectual e visual.

III - CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação, habilitado da seguinte maneira:

- a) auditiva, física, intelectual e visual.

§1º O atendimento no CER será realizado de forma articulada e compartilhada com os outros pontos de atenção da RAS, por meio de PTS, cuja construção envolverá a equipe multiprofissional, o usuário e sua família, quando couber, com base na avaliação biopsicossocial.

§2º O CER poderá constituir rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação, bem como ser polo de formação, qualificação e educação permanente.

Subseção III

Do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)

Art. 20. Os CEOs são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme disposto no Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017.

Art. 21. Os CEOs habilitados na RCPD deverão fortalecer, ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEOs.

Subseção IV

Das Oficinas Ortopédicas

Art. 21-A. A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço que visa promover o acesso às Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção - OPM.

Art. 21-B. A Oficina Ortopédica poderá ser organizada da seguinte forma:

I - Oficina Ortopédica Fixa; e

II - Oficina Ortopédica Itinerante.

§1º As Oficinas Itinerantes de que dispõe o inciso II poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação, manutenção e dispensação de órteses e próteses.

§2º As Oficinas Itinerantes de que dispõe o inciso II estarão, preferencialmente, vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa.

§3º A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como serviços de reabilitação em uma única modalidade ou como Centro Especializado em Reabilitação que contemple a modalidade de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

§4º A Oficina Ortopédica poderá constituir rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em Tecnologia Assistiva e de reabilitação, bem como ser polo de formação, qualificação e educação permanente.

Seção III

Do Componente da Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência

Art. 22.

I -

II - instituir equipes de referência em reabilitação para identificação e tratamento precoce das deficiências;

III - promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

IV - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;

V - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação;

VI - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim; e

VII - promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver.

Art. 23. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)." (NR)

Art. 3º O Capítulo IV do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com a seguinte redação:

"CAPÍTULO IV

DO FINANCIAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA" (NR)

"Seção II

Do incentivo financeiro de custeio para o Componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD no âmbito do SUS

Art. 1069.

I - Centro Especializado em Reabilitação (CER II) - R\$ 189.000,00 (cento e oitenta e nove mil reais) por mês;

II - Centro Especializado em Reabilitação (CER III) - R\$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais) por mês;

III - Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) - R\$ 430.000,00 (quatrocentos e trinta mil reais) por mês;

IV - Oficina Ortopédica fixa - R\$ 73.000,00 (setenta e três mil reais) por mês;

V - Oficina Ortopédica itinerante - R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) por mês;

VI - Centro de Especialidade Odontológica (CEO) - adicional de 20% (vinte por cento) mensal, calculado sobre o valor mensal de custeio atual do serviço;

VII - Transporte Sanitário Adaptado - R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) por mês; e

VIII - Núcleo de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista - R\$100.000,00 (cem mil reais) por mês.

§1º O incentivo financeiro de custeio previsto no inciso VIII do caput será destinado aos serviços existentes até a data de publicação desta portaria.

§2º Os CER habilitados na modalidade de reabilitação intelectual que realizam atendimento voltado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) poderão fazer jus a incentivo financeiro de custeio adicional da seguinte forma:

I - CER II: R\$ 37.800,00 (trinta e sete mil e oitocentos reais) por mês;

II - CER III: R\$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais) por mês; e

III - CER IV: R\$86.000,00 (oitenta e seis mil reais) por mês.

§3º O repasse do incentivo financeiro de custeio para o Transporte Sanitário Adaptado, de que trata o inciso VII, fica limitado ao quantitativo máximo de:

I - até dois veículos para o CER II;

II - até três veículos para o CER III; e

III - até quatro veículos para o CER IV.

Art. 1070. Os recursos referentes ao incentivo financeiro de custeio definidos no art. 1069 serão incorporados na forma de incentivo aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal.

§1º Para fazer jus ao recebimento do incentivo financeiro de que trata o art. 1069, o estado, município ou Distrito Federal deverá apresentar solicitação ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS), observando o disposto nesta Portaria, no Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e nos documentos técnicos elaborados e aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/DAET/SAES/MS), disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§2º As solicitações para recebimento do incentivo financeiro de que trata o art. 1069 deverão estar previstas no Plano de Ação Estadual/Distrital e/ou Planos de Ação Regionais, de acordo com o Planejamento Regional Integrado - PRI, e devidamente pactuado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

§3º As solicitações para recebimento do incentivo financeiro de custeio para os Componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS deverão atender as orientações dos documentos técnicos elaborados e aprovados pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/DAET/SAES/MS), disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

§4º A proposta de habilitação dos Componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD deverá estar definida no PRI, pactuado no Plano de Ação da RCPD e aprovado pela CIB ou pelo CGSES/DF.

§5º O início da transferência do incentivo financeiro de custeio de que trata o art. 1069 fica condicionado à emissão de parecer favorável, nos termos do § 1º, disponibilidade financeira do Ministério da Saúde e publicação de portaria no Diário Oficial da União.

§6º O incentivo financeiro de custeio será transferido mensalmente, na modalidade fundo a fundo, aos estados, municípios e Distrito Federal, nos termos da portaria de habilitação, cabendo aos entes federados prezar pelo cumprimento do previsto nos atos normativos específicos que dispõem sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde do SUS estabelecidos nesta Portaria.

§7º Para os estabelecimentos de saúde habilitados como serviços de reabilitação em uma única modalidade ficam mantidas as normas de repasse de recursos pactuados junto ao gestor local na ocasião da habilitação.

Art. 1071. Os recursos orçamentários relativos às ações de custeio para a RCPD correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

I - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - 10.302.2015.8585.0000; e

II - Piso de Atenção Primária à Saúde - Incentivo para Ações Estratégicas - 10.301.5019.219A.000A.

Art. 1072. A União, estados, municípios e o Distrito Federal deverão adotar estratégias para garantir o acesso e financiamento adequado das ações e serviços de reabilitação, inclusive de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção - OPM não cirúrgicos." (NR)

"Seção III

Do recurso financeiro de investimento para o Componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência" (NR)

"Art. 1075. Fica instituído recurso financeiro de investimento destinado ao Componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, da seguinte forma:

I - construção, reforma e ampliação:

a) Centros Especializados em Reabilitação (CER); e

b) Oficina Ortopédica;

II - aquisição de equipamentos e materiais permanentes; e

III - aquisição de Transporte Sanitário Adaptado.

§1º Para a elaboração de projetos de construção e ampliação a serem financiados com os recursos federais dispostos no caput deste artigo, deverão ser observados os requisitos mínimos de ambientes constantes no Anexo CIV desta Portaria.

§2º Os projetos para novas instalações físicas e estabelecimentos de saúde já existentes deverão observar os aspectos relacionados à acessibilidade dispostos na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, bem como as Resoluções de Diretoria Colegiada - RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT-NBR, e demais normativas correlatas vigentes.

§3º Os equipamentos e materiais permanentes, assim como os Transportes Sanitários Adaptados a serem adquiridos, deverão estar em consonância com a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS - RENEM, considerando as especificações técnicas, valores e demais aspectos previstos no Sistema de Gerenciamento de Equipamentos Médicos - SIGEM.

§4º O recurso financeiro de investimento para o componente da Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD, referente à participação da União no financiamento tripartite do SUS, será divulgado anualmente no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, conforme art. 658 e art. 1106, inciso X desta Portaria.

§5º Caberá aos demais entes a devida pactuação da contrapartida na CIB ou no CGSES/DF, caso se aplique.

Art. 1076. Os recursos financeiros de investimento definidos no art. 1075 serão repassados pelo Ministério da Saúde, conforme normas vigentes relativas às transferências de recursos da União.

Art. 1077. Além dos recursos financeiros de investimento previsto no inciso III do art. 1075, os componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da RCPD poderão contar com Transporte Sanitário Adaptado, mediante doação pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Serão usuários dos serviços de transporte mencionados no caput pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde pelos meios de transporte convencionais, com seu familiar, cuidador ou acompanhante, quando necessário.

Art. 1077-A. As solicitações para recebimento do recurso financeiro de investimento para os Componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS deverão atender ao previsto na Cartilha de Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde do Fundo Nacional de Saúde e demais documentos técnicos disponibilizados no sítio eletrônico do Ministério de Saúde.

Art. 1077-B. Os recursos orçamentários relativos às ações de investimento para a RCPD correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde - 10.302.5018.8535.0001.0004." (NR)

Art. 4º As comissões, comitês, grupos de trabalho ou outras formas de colegiado voltadas ao assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD no âmbito do SUS serão criados e regulamentados por ato normativo específico.

Art. 5º Os estados e o Distrito Federal deverão adequar os seus Grupos Condutores respectivos às regras de composição e funcionamento ora instituídas em até 180 (cento e oitenta) dias, a partir da publicação desta Portaria.

Art. 6º Os serviços de que trata o § 1º do art. 1069 do Capítulo IV do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, terão o prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para formalizar a solicitação ao Ministério da Saúde para o recebimento do incentivo financeiro de custeio.

Art. 7º A Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017, passa a vigorar acrescida do Anexo CIV na forma do Anexo desta Portaria.

Art. 8º Ficam revogados os seguintes dispositivos do Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017:

I - parágrafo único do art. 1º; e

II - Anexo 1 do Anexo XIII.

Art. 9º Ficam revogados os seguintes dispositivos do Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 2017:

I - incisos I, II e III do art. 3º;

II - parágrafo único do art. 7º;

III - parágrafo único do art. 9º;

IV - as alíneas a, b e c do inciso I, as alíneas a, b, c e d do inciso II e o parágrafo único, todos do art. 10;

V - parágrafo único do art. 11;

VI - § 1º, § 2º, § 3º e § 4º do art. 15;

VII - art. 16;

VIII - art. 17;

IX - § 3º e § 4º do art. 19;

X - art. 24;

XI - Capítulos III e IV; e

XII - Anexo 1 do Anexo VI.

Art. 10º Ficam revogados os seguintes dispositivos do Capítulo IV do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017:

I - Seção I do Capítulo IV;

II - incisos I, II e III do art. 1070;

III - incisos III e IV do art. 1071;

IV - art. 1073;

V - art. 1074;

VI - alínea "c" do inciso I e inciso IV do art. 1075;

VII - incisos I, II e III do art. 1076; e

VIII - parágrafo único do art. 1077.

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

NÍSIA TRINDADE LIMA

APRESENTAÇÃO DAS AUTORAS/ORGANIZADORAS

LEONICE APARECIDA DE FÁTIMA ALVES PEREIRA MOURAD

Graduada em Direito (1990-II), Graduada em História (1999- II), Graduada em Ciências Sociais (2007-II); Graduada em Geografia (2017-I), Graduada em Serviço Social (2018- II), Graduada em Agricultura Familiar e Sustentabilidade (2017-2), Graduada em Educação do Campo (2020-I), Graduada em Pedagogia (2019- I), Graduada em Letras (2020-II), Graduada em Filosofia (2021-I), Graduada em Ciência Política (2021-II), Graduada em Relações Internacionais (2022-II), Graduanda em Educação Especial pela UFSM. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade do Vale Rio dos Sinos (1993) e Serviço Social (2018) Mestra e Doutora em História da América Latina pela UNISINOS (2002, 2008). Mestra e Doutora em Geografia (2015, 2019) pela UFSM, Mestra em Políticas Públicas e Gestão Educacional pela UFSM (2021), Mestranda em Educação Profissional e Tecnológica pela UFSM. Professora do Departamento de Metodologia da Universidade Federal de Santa Maria, ministrando aulas na graduação e no Mestrado Profissional em Ensino de História e Mestrado Profissional em Ensino de Geografia. Tem experiência na área de Ciências Sociais, História, Direito, Geografia e Ciências Agrárias Sociais, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre ERER, EAR e ERRD. Atualmente cedida ao Ministério da Igualdade Racial (MIR) desempenhando a função de Coordenadora na Diretoria de Articulação Interfederativa da Secretaria Nacional de Promoção da Igualdade Racial – SENAPIR.

SOLANGE TODERO VON ONÇAY

Graduada em Pedagogia pela Universidade de Passo Fundo (1990) e Mestrado em Educação pela Universidade de Passo Fundo (2003). É Doutora em Antropologia Social pela Universidad Nacional de Misiones - Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Programa de Postgrado en Antropología Social (PPAS) e Doutoranda no Programa de pós-graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. É professora do Ensino Superior da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus de Erechim/RS. Tem pesquisas na área de Educação e Antropologia, atuando principalmente nos seguintes temas: educação do campo, políticas públicas e educação popular.

CLEBES IOLANDA LEODICE ALVES

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras (2008). Especialista em Saúde da Família, em Geriatria e Gerontologia e em Ginecologia e Obstetrícia pela UniBF - PR (2020). Graduada em Tecnologia em Gestão Ambiental pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) Campus Medianeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação Tecnologias Ambientais - PPGTAMB-MD, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR, Campus Medianeira-PR. Participante do Grupo de Pesquisa

Educação, Terra e Trabalho da Universidade Federal de Santa Maria/RS. Enfermeira RT (responsável técnica) da USF São Cristóvão, servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Céu Azul, Paraná. Voluntária do ForçaSUS.

LARA LIS BRITO DE SOUZA ROCHA

Graduanda em Serviço Social pela Universidade de Brasília. Pesquisadora sobre insegurança alimentar, população em situação de rua, raça e acesso à saúde; colaboradora no Ministério da Igualdade Racial. Participante do projeto Daruê Malungo da Universidade Federal de Santa Maria/RS, sob a coordenação da Profa. Leonice Mourad.

LUANA DA COSTA SILVA

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), pesquisadora dos temas saúde, raça e juventudes; colaboradora no Ministério da Igualdade Racial, na Secretaria de Gestão de Promoção da Igualdade Racial. Participante do projeto Daruê Malungo da Universidade Federal de Santa Maria/RS, sob a coordenação da Profa. Leonice Mourad.

ISBN 978-655376358-6



9

786553

763586