



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.549, DE 2020

(Do Sr. Airtton Faleiro e outros)

Dispõe sobre medidas emergenciais para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, no período de calamidade pública em razão do COVID-19 e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL-1142/2020. EM DECORRÊNCIA DESSA APENSAÇÃO A MATÉRIA PASSA A TRAMITAR SUJEITA À DELIBERAÇÃO DO PLENÁRIO.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2020**

(Dos(as) Srs. e Sras. Airton Faleiro, Joênia Wapichana, Nilto Tatto, Zé Ricardo, Célio Moura, Rosa Neide, Patrus Ananias, Jandira Feghali, Edmilson Rodrigues, Talíria Petrone, Túlio Gadelha, Camilo Capiberibe e outros)

Dispõe sobre medidas emergenciais para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, no período de calamidade pública em razão do COVID-19 e dá outras providências.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º - Esta Lei estabelece medidas emergenciais para os Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, no período de calamidade pública em razão do COVID-19.

Art. 2º - O Poder Público Federal, por meio dos órgãos e de seus setores competentes que elaboram e coordenam a política pública para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, adotará as seguintes medidas:

I - Inserção dos povos indígenas entre os grupos especiais de alta vulnerabilidade;

II – Elaboração, no prazo de 8 (oito) dias, dos Planos de Contingências para Situações de Contato para cada registro confirmado de Índios Isolados oficialmente reconhecido pela Funai/MJSP;

III – Elaboração e execução, no prazo de 8 (oito) dias, dos Planos de Contingência para Surtos e Epidemias específicos para cada povo de Recente Contato oficialmente reconhecidos pela Funai/MJSP;



IV – Instituição de quarentena obrigatória para todas as pessoas autorizadas a interagir com Povos Indígenas de Recente Contato;

V – Suspensão de atividades próximas as áreas de ocupação de índios isolados, a não ser aquelas que se mostrem de fundamental importância para a sobrevivência ou bem estar dos indígenas isolado;

VI - Disponibilização imediata de testes para diagnósticos da Covid-19 e de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da Secretaria de Saúde Especial Indígena/Ministério da Saúde e as Frentes de Proteção Etnoambiental da Funai/MJSP que atuam em áreas onde existem registros oficiais de Povos Indígenas Isolados e/ou a presença de Povos Indígenas de Recente Contato.

Art. 3º - Fica vedado o ingresso de terceiros em áreas com a presença confirmada de indígenas isolados, salvo pessoas autorizadas pelo órgão indigenista federal, na hipótese de epidemia ou calamidade que ponha em risco a integridade física dos indígenas isolados.

Parágrafo Único - Constitui crime o descumprimento da medida prevista no caput, incorrendo nas mesmas penas a autoridade que conceda autorização em desconformidade com o previsto no caput bem como quem sabendo disso se beneficie da autorização.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

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

Sala das Sessões, de de 2020.

JUSTIFICATIVA

Considerando o art. 6º da Constituição Federal, que dispõe que a saúde é um direito social;





Considerando o art. 196 da Constituição Federal, que dispõe ser a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando o art. 231 da Constituição Federal, que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições;

Considerando os artigos 21 e 24 da Declaração Das Nações Unidas Sobre Os Direitos Dos Povos Indígenas, de 13 de setembro de 2007;

Considerando as Diretrizes de Proteção para os Povos Indígenas em Isolamento e em Contato Inicial da Região Amazônica, do Gran Chaco e da Região Oriental do Paraguai, de 2012, do Alto Comissariado da Nações Unidas para os Direitos Humanos, de 2012;

Considerando os artigos XVIII e XXVI da Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas, de 15 de junho de 2016;

Considerando o artigo 25, item 1, da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em 1989, e promulgada pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

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

Considerando o art. 11 da Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, que autoriza a criação de órgão de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando o art. 64, inciso III, da Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017, que define como competência do Ministério da Saúde cuidar da



saúde ambiental e das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva dos índios;

Considerando o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, que define a competência do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, de planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando o Anexo XIV à Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e recomenda a adoção de ações específicas de saúde em situações especiais como a de povos indígenas isolados e de recente contato;

Considerando o Anexo 2 do Anexo XIV à Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que aprova as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena;

Considerando a Seção II do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe a regulamentação dos incentivos de atenção básica e especializada aos Povos Indígenas;

Considerando o artigo 11 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em especial, o seu art. 11;

Considerando o art. 54 da Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que dispõem que os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional;

Considerando o Decreto nº 9.010, de 23 de março de 2017, que atribui à Funai o planejamento, a formulação, a coordenação e a implementação das políticas de proteção aos grupos indígenas isolados e recém contatados;



Considerando o artigo 1, item 1.5, da Portaria nº 281/PRES/FUNAI, de 20 de abril de 2000, que considera prioritária a saúde dos indígenas isolados, devendo ser objeto de especial atenção, decorrente de sua especificidade;

Considerando a Portaria Interministerial nº 171, de 6 de fevereiro de 2013, que institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ações em saúde para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como Plano de Contingência da Saúde para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato;

Considerando a Portaria Conjunta 4.094, 20 de dezembro de 2018, que define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato;

Considerando o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas;

Considerando o Ofício circular n. 27/2020/COGASI/DASI/SESAI/MS, de 18 de março de 2020;

Considerando o documento final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em dezembro de 2013, em Brasília, que previu a propositura de ações para os casos especiais de populações indígenas em vias de contato e de contato recente;

Considerando o documento final da 1ª Conferência Nacional de Política Indigenista, de junho de 2015;

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo Coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.



No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020, editou-se a Lei n. 13.979 que, em seu art. 2º, incisos I e II, dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, declarando que o isolamento e a quarentena são medidas fundamentais.

A partir de então, diversos segmentos da sociedade e órgãos governamentais passaram a adotar medidas necessárias à quarentena visando a proteger, especialmente, aqueles considerados mais suscetíveis a complicações, os chamados grupos de risco: idosos e portadores de doenças crônicas e imunossuprimidos. Todavia, é preciso que se considere, oficialmente que entre os mais vulneráveis também estão os povos indígenas, por diversas razões, desde o modo de vida comunitário à falta de saneamento nas aldeias, que favorecem a propagação do vírus, ao precário acesso ao sistema de saúde –. E entre os indígenas, ainda mais vulneráveis estão os considerados de recente contato e os que vivem em situação de isolamento (Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato - PIIRC), pela vulnerabilidade socioepidemiológica a que estão submetidos frente às doenças com as quais já estamos relativamente imunizados.

Mesmo antes da pandemia, os PIIRC já se encontravam ameaçados, devido à presença de invasores em suas terras, razão pela qual há alto risco de quebra do isolamento e introdução do novo coronavírus e o compartilhamento das terras com outros povos indígenas, o que requer uma atenção redobrada em tempos de pandemia. Segundo o médico sanitarista Douglas Rodrigues, a história demonstra que a quebra do isolamento ocasionou reduções populacionais maciças na grande maioria dos grupos contatados. "Enquanto alguns logram atingir um determinado grau de acomodação que lhes permite sobreviver, outros continuam diminuindo até o desaparecimento", afirma ele em "Proteção e Assistência à Saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato no Brasil", material elaborado a pedido da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica. (RODRIGUES, 2013, p. 15).

Diante do aumento dos casos confirmados no Brasil, dentre os quais já se contabilizam indígenas, a adoção de medidas específicas de proteção para os PIIRC é urgente. Entre essas medidas, estão a manutenção do



isolamento a qualquer custo, incluindo a desintrusão das áreas invadidas e a quarentena daqueles que estejam autorizados a ingressar em territórios de recente contato. Por outro lado, é urgente que a SESAI e a FUNAI preparem-se para tomar medidas imediatas e adequadas como a identificação e capacitação de equipes nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) com registro de isolados e a alocação de materiais e equipamentos para o trabalho em campo, para reduzir a morbimortalidade em caso de epidemia.

É muito provável que a contaminação de indivíduos de PIIRC com Covid-19 venha a exigir atendimento hospitalar especializado. Em 20 de março de 2020 o Ministro da Saúde afirmou em coletiva de imprensa que o Sistema de Saúde entrará em colapso. Logo, faz-se urgente o estabelecimento de fluxos para remoção e o acesso aos recursos hospitalares necessários. Nos casos graves, o acesso a serviços hospitalares e de terapia intensiva são decisivos para a redução da mortalidade, serviços esses que são deficitários especialmente nas regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste, que concentram cerca de 80% da população indígena no país.

À exceção dos Avá-Canoeiro, os demais grupos indígenas isolados ou os de recente contato, localizam-se na Amazônia Legal, em regiões de difícil acesso. A FUNAI considera atualmente 114 registros que indicam a possível presença de grupos, dos quais 28 estão confirmados e são acompanhados pela Coordenação Geral de Índios Isolados e Recente Contato da FUNAI.

Como, em geral, essas populações residem em locais remotos e têm dificuldade de acessar a média e alta complexidade do sistema de saúde, particularmente serviços hospitalares, há que adotar medidas para garantir a maior agilidade nas respostas, bem como recursos para garantir o deslocamento até unidades de internação, localizadas nas cidades referências. Além disso, muitos territórios indígenas estão mais próximos de pequenas cidades com precária estrutura de serviços de saúde, onde há pouca ou nenhuma disponibilidade de hospitais especializados e serviços de UTI.

Desta forma, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena precisa ter o fortalecimento da sua articulação com a rede SUS, e particularmente com



Estados e Municípios, para aumentar sua capacidade e agilidade resolutiva para o atendimento dos povos indígenas de todo o País, com recursos humanos adequados, acesso a medicamentos e insumos, equipamento de apoio logístico, dentre outros, garantindo assim, a saúde e a vida dos povos indígenas em situações não previstas nos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Particularmente em situações emergenciais e de calamidade pública os recursos hospitalares especializados, precisam estar previstos no estabelecimento de corresponsabilidades com os estados e municípios, sendo garantido, para isso, a ampliação de recursos.

Em sua grande maioria, os povos indígenas vivem em situação de vulnerabilidade. Seus perfis epidemiológicos mostram alta mortalidade por doenças do trato respiratório. Também é conhecida a dificuldade dos indígenas de acessarem serviços de média e alta complexidade das Redes de Atenção à Saúde do SUS, Atualmente é de responsabilidade dos 34 DSEIs a criação de medidas específicas para atender as particularidades identificadas território para enfrentar esta pandemia do novo coronavírus, e estas medidas precisam ser de conhecimento de toda a sociedade. Neste momento específico, por conta da pandemia do coronavírus – Covid-19, os 34 DSEIs estão tomando medidas específicas para atender os indígenas, no entanto, as equipes multidisciplinares de saúde indígena precisam ser ampliadas a pactuação com a rede do SUS para o atendimento especializado dos povos indígenas deve ser fortalecida e os devem ser feitos, urgentemente, Planos de Contingência especificamente direcionados aos PIIRC.

A Portaria Conjunta n. 4.094 dispõe em seus artigos 9 e 10 que o plano de Contingência para Surtos e Epidemias será elaborado com a máxima urgência, bem como dispõe que deve haver prontidão na mobilização das equipes de referência locais da FUNAI e SESAI/MS e nos recursos necessários à execução das medidas previstas nos referidos planos. Observe-se que a urgência já existiria antes mesmo de declarada a Pandemia. A partir de então, a não existência de tais planos passa a ser negligência. A mencionada Portaria Conjunta ainda dispõe que o Plano de



Contingência para Situações de Contato será acionado tão logo a SESAI/MS seja comunicada pela FUNAI da iminência de contato ou imediatamente na ocorrência deste. Ocorre que para ser acionado o plano de contingência precisa existir.

Apesar da urgência em relação ao tema, somente na segunda semana de março foi apresentado pelo governo um Plano de Contingência da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) para conter a propagação do COVID-19 o qual, acerca dos PIIRC, apenas referência a Portaria Conjunta n. 4.094.

Somente em 17 de março a FUNAI emitiu Portaria orientações a respeito da pandemia, sem, contudo, orientar a respeito da elaboração de Planos de Contingência. A SESAI, por seu turno, enviou aos Distrito Sanitários Especiais Indígenas, em 18 de março, o OFÍCIO CIRCULAR No 27/2020/COGASI/DASI/SESAI/MS, um pouco mais elaborado, porém ainda insuficiente. Nele consta a orientação de elaboração, "com a participação do controle social, de um Plano de Contingência Distrital para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19), tendo como base o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas". Todavia, o Plano que aponta como base não alcança as especificidades necessárias aos PIIRC. Ademais, não está havendo atuação coordenada entre os DSEIs e as Frentes de Proteção Etnoambiental (FPEs). As FPEs são as unidades da FUNAI especializadas no trabalho com PIIRC, sendo elas, coordenadas pela CGIIRC, que deveriam estar na interlocução, conforme preveem o Regimento Interno e o Estatuto da FUNAI.

Nesse momento, é urgente que sejam geradas informações capazes de definir níveis de alerta para orientar possíveis intervenções na saúde desses povos; definir estratégias de atuação, recursos necessários, fluxos precisos de comunicação entre as instituições envolvidas e incorporar, de maneira coordenada, o planejamento, a operacionalização e o monitoramento dos serviços de saúde e das instituições parceiras envolvidas.

Não menos importante é o estabelecimento de ações pré-contato, como o sobreaviso de profissionais de saúde qualificados, a adoção de medidas de saúde com as populações do entorno com o objetivo de criar um Cordão Sanitário



capaz de minimizar o risco de transmissão de doenças infectocontagiosas, realização de período de quarentena pelas equipes ingressantes no território, entre outras.

Os Plano de Contingência são urgentes, pois atestam, ainda, a importância de se mapear os meios de acesso e transporte capazes de serem utilizados em diferentes cenários, a importância de se conhecer a rede de saúde local e regional identificando e pactuando previamente o acolhimento e tratamento diferenciado para indígenas de recente contato ou em situação de quebra de isolamento; a importância de se fazer o levantamento dos fluxos de comunicação e dos insumos e recursos disponíveis na região (especialidades, equipamentos diagnósticos, etc.), a lista de medicamentos, equipamentos e insumos necessários, o levantamento dos principais agentes etiológicos envolvidos nas epidemias entre grupos isolados, as doenças e agravos frequentes, os procedimentos de quarentena, vacinação, exames sorológicos, remoção e critérios de avaliação de risco e as principais condutas de segurança a serem adotadas pela equipe em campo.

Assim, diante da situação de extrema vulnerabilidade dos PIIRC e da demora na elaboração coordenada de Protocolos de Contingência, apontamos que essas ações precisam urgentemente realizadas. Reforçamos que a expertise para tanto, ao que se refere à FUNAI, está somente na CGIIRC e nas FPEs, conhecedoras das especificidades dos contextos de contato interétnico, das diversidades linguísticas e dos modos de vidas dos diferentes territórios e PIIRC.

Sala das Sessões, de de 2020.

Airton Faleiro PT/PA

Joênia Wapichana REDE/RR, Nilto Tatto PT/SP, Zé Ricardo PT/AM, Célio Moura

PT/TO, Rosa Neide PT/MT, Patrus Ananias PT/MG, Jandira Feghali PCdoB/RJ,

Edmilson Rodrigues PSOL/PA, Talíria Petrone PSOL/RJ, Túlio Gadelha PDT/PE, Camilo

Capiberibe PSB/AP e outros

LUIZIANNE LINS
RUBENS OTONI
MARGARIDA SALOMÃO
PAULO PIMENTA
REJANE DIAS
ALEXANDRE PADILHA
ERIKA KOKAY
FREI ANASTACIO RIBEIRO
MARÍLIA ARRAES

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
 Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
 Seção de Legislação Citada - SELEC

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 1988

PREÂMBULO

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

.....

TÍTULO II DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

.....

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. [*\(Artigo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015\)*](#)

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

- I - relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;
 - II - seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;
 - III - fundo de garantia do tempo de serviço;
-

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

.....

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

.....

Seção II Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

CAPÍTULO VIII DOS ÍNDIOS

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivados com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, *ad referendum* do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa-fé.

§ 7º Não se aplica às terras indígenas o disposto no art. 174, §§ 3º e 4º.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.

.....

.....

DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS

A Assembléia Geral:

Guiada pelos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas, e a boa fé no cumprimento das obrigações assumidas pelos Estados de acordo com a Carta.

Afirmando que os povos indígenas são iguais a todos os demais povos e reconhecendo ao mesmo tempo o direito de todos os povos a ser diferentes, a considerar-se a si mesmos diferentes e a ser respeitados como tais.

Afirmando também que todos os povos contribuem na diversidade e riqueza das civilizações e culturas, que constituem o patrimônio comum da humanidade.

Afirmando que todas as doutrinas, políticas e práticas baseadas na superioridade de determinados povos ou pessoas, ou que a propaguem, adicionando razões de origem nacional ou diferenças raciais, religiosas, étnica ou culturais racistas, cientificamente falsas, juridicamente inválidas, moralmente condenáveis e socialmente injustas.

Reafirmando também que no exercício de seus direitos, os povos indígenas devem estar livres de toda a forma de discriminação.

Preocupada pelo fato de que os povos indígenas tenham sofrido injustiças históricas como resultado, entre outras coisas, da colonização e inalienação de suas terras, territórios e recursos impedindo-os de exercerem em particular seus direitos ao desenvolvimento em conformidade com suas próprias necessidades e interesses.

Reconhecendo a urgente necessidade de respeitar e promover os direitos intrínsecos dos povos indígenas, que derivam de suas próprias estruturas políticas, econômicas e sociais e de suas culturas, de suas tradições espirituais, de sua história e concepção de vida, especialmente os direitos às terras, territórios e recursos.

Reconhecendo, sobretudo a urgente necessidade de respeitar e promover os direitos dos povos indígenas assegurados em tratados, acordos e outros pactos construtivos com os Estados.

Celebrando que os povos indígenas estejam se organizando para promover seu desenvolvimento político, econômico, social e cultural, com o objetivo de pôr fim a todas as formas de discriminação e opressão onde quer que ocorram.

Convicto que o controle pelos povos indígenas dos acontecimentos que os afetam, a eles e suas terras, territórios e recursos os permitirão manter e reforçar as suas instituições, culturas e tradições e promover seu desenvolvimento de acordo com as suas aspirações e necessidades.

Reconhecendo também que o respeito dos conhecimentos, das culturas e das práticas tradicionais indígenas contribuem para o desenvolvimento sustentável e equitativo e o ordenamento adequado ao meio ambiente.

Destacando a contribuição da desmilitarização das terras e territórios dos povos indígenas para a paz, o progresso e o desenvolvimento econômico e social, a compreensão e as relações de amizade entre as nações e os povos do mundo.

Reconhecendo em particular, o direito das famílias e comunidades indígenas em seguir compartilhando a responsabilidade pela criança, a formação, a educação e o bem estar de seus filhos, em coordenação com os direitos da criança.

Considerando que os direitos firmados nos tratados, acordos e soluções construtivas entre os Estados e os povos indígenas são, em algumas situações, objeto de preocupação, interesse, responsabilidade e caráter internacionais.

Considerando também que os tratados, acordos e demais soluções construtivas, e as relações que estes representam, servem de base para o fortalecimento das associações entre os povos indígenas e os Estados.

Reconhecendo que a Carta das Nações Unidas, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos,

Sociais e Culturais e o Pacto Internacional de Direitos Civis e políticos, Assim como a Declaração de Viena e o programa de Ação, afirmam a importância fundamental do direito de todos os povos, à livre determinação, em virtude da qual estes decidem livremente sua condição política e perseguem livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural.

Tendo presente que nada do contido na presente Declaração, poderá utilizar-se para negar a nenhum povo seu direito à livre determinação exercido em conformidade com o direito internacional.

Convencida de que o reconhecimento dos direitos dos povos na presente Declaração fomentará relações harmoniosas e de cooperação entre o Estado e os povos indígenas, baseadas em princípios da justiça, da democracia, do respeito aos direitos humanos, à não discriminação e à boa fé.

Incentivando os Estados ao cumprimento e aplicação eficazes de todas as suas obrigações, no que se refere aos povos indígenas e que determinam os instrumentos internacionais, em particular os relativos aos Direitos Humanos na consulta e cooperação com os povos interessados.

Sublinhando que corresponde às Nações Unidas, desempenhar um papel importante e contínuo de promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas.

Considerando que a presente Declaração constitui um novo e importante passo para o reconhecimento, a promoção e a proteção dos direitos e das liberdades dos Povos Indígenas e no desenvolvimento de atividades pertinentes do sistemas da Nações Unidas nesta esfera.

Reconhecendo e reafirmando, que as pessoas indígenas têm direitos sem discriminação a todos os direitos humanos reconhecidos no direito internacional, e que os povos indígenas possuem direitos coletivos, que são indispensáveis à sua existência, bem estar e desenvolvimento integral, enquanto povos.

Reconhecendo também que a situação dos Povos Indígenas varia de região a região e de país a país, e que o significado das particularidades nacionais e regionais e a diversidade dos antecedentes históricos e culturais se deveriam tomar em consideração, Proclama solenemente a seguinte Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas como ideal comum, que se deva perseguir em espírito de solidariedade e respeito mútuo:

.....

Artigo 21

1. Os povos indígenas têm direito, sem discriminação alguma, ao melhoramento de suas condições econômicas e sociais, entre outras esferas, na educação, o emprego, a capacitação e o aperfeiçoamento profissionais, a habitação, ao saneamento, a saúde e a seguridade social.
2. Os Estados adotarão medidas eficazes e, na execução, medidas especiais para assegurar o melhoramento contínuo de suas condições econômicas e sociais. Prestar-se-á particular atenção aos direitos e necessidades especiais dos anciões, das mulheres, dos jovens, das crianças e das pessoas indígenas com deficiências.

Artigo 22

1. Prestar-se-á particular atenção aos direitos e necessidades especiais dos anciões, das mulheres, dos jovens, das crianças e das pessoas indígenas com deficiências, na aplicação da presente Declaração.
2. Os Estados adotarão medidas, em conjunto com os povos indígenas, a fim de assegurar que as mulheres e as crianças indígenas gozam de proteção e garantias plenas contra todas as formas de violência e discriminação.

Artigo 23

Os povos indígenas têm direitos a determinar e a elaborar prioridades e estratégias para o exercício de seu desenvolvimento. Em particular, os povos indígenas têm direitos a participar ativamente na elaboração e determinação dos programas de saúde, moradia e demais programas econômicos e sociais, que os sirvam e, que os possibilitem, a administrar seus programas mediante suas próprias instituições.

Artigo 24

1. Os povos indígenas têm direitos às suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesses vital, sob o ponto de vista médico. As pessoas indígenas também têm direito ao acesso, sem discriminação alguma, a todos os serviços sociais e de saúde.
2. Os indígenas têm direitos a desfrutar igualmente do maior nível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que sejam necessárias a fim de lograr progressivamente a plena realização deste direito.

Artigo 25

Os povos indígenas têm direito em manter e fortalecer sua própria relação espiritual com as terras, territórios, águas, mares costeiros e outros recursos que tradicionalmente têm possuído ou ocupado e utilizado de outra forma, e a assumir a responsabilidade que a esse propósito lhes incumbem respeito, às gerações vindouras.

.....

.....

DECLARAÇÃO AMERICANA SOBRE OS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS

PREÂMBULO

Os Estados membros da Organização dos Estados Americanos (doravante os “Estados”),
RECONHECENDO:

Que os direitos dos povos indígenas constituem um aspecto fundamental e de importância histórica para o presente e o futuro das Américas;

A importante presença de povos indígenas nas Américas e sua imensa contribuição para o desenvolvimento, a pluralidade e a diversidade cultural de nossas sociedades, e reiterando nosso compromisso com seu bem-estar econômico e social, bem como a obrigação de respeitar seus direitos e sua identidade cultural; e A importância da existência dos povos e das culturas indígenas das Américas para a humanidade;

REAFIRMANDO que os povos indígenas são sociedades originárias, diversas e com identidade própria, que fazem parte integrante das Américas;

PREOCUPADOS com o fato de que os povos indígenas sofreram injustiças históricas como resultado, entre outros aspectos, da colonização e de terem sido despojados de suas terras, territórios e recursos, o que os impediu de exercer, em especial, seu direito ao desenvolvimento, de acordo com suas próprias necessidades e interesses;

RECONHECENDO a urgente necessidade de respeitar e promover os direitos intrínsecos dos povos indígenas que decorrem de suas estruturas políticas, econômicas e sociais, e de suas culturas, de suas tradições espirituais, de sua história e de sua filosofia, especialmente os direitos a suas terras, territórios e recursos;

RECONHECENDO TAMBÉM que o respeito aos conhecimentos, às culturas e às práticas tradicionais indígenas contribui para o desenvolvimento sustentável e equitativo e para a ordenação adequada do meio ambiente;

TENDO PRESENTES os avanços obtidos no âmbito internacional no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, em especial a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas;

TENDO PRESENTE TAMBÉM o progresso nacional constitucional, legislativo e jurisprudencial alcançado nas Américas na garantia, promoção e proteção dos direitos dos povos indígenas, bem como a vontade política dos Estados de continuar avançando no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas das Américas;

RECORDANDO os compromissos assumidos pelos Estados membros para garantir, promover e proteger os direitos e instituições dos povos indígenas, inclusive os assumidos na Terceira e na Quarta Cúpula das Américas;

RECORDANDO TAMBÉM a universalidade, a indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos reconhecidos pelo direito internacional;

CONVENCIDOS de que o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas na presente Declaração promoverá relações harmoniosas e de cooperação entre os Estados e os povos indígenas, baseadas nos princípios da justiça, da democracia, do respeito aos direitos humanos, da não discriminação e da boa-fé;

CONSIDERANDO a importância de se eliminar todas as formas de discriminação que possam afetar os povos indígenas e levando em conta a responsabilidade dos Estados de combatê-las;

INCENTIVANDO os Estados a que respeitem e cumpram eficazmente todas as obrigações para com os povos indígenas decorrentes dos instrumentos internacionais, em especial as relativas aos direitos humanos, em consulta e cooperação com os povos interessados, DECLARAM:

TERCEIRA SEÇÃO: Identidade Cultural

Artigo XVIII Saúde

1. Os povos indígenas têm o direito, de forma coletiva e individual, de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física, mental e espiritual.
2. Os povos indígenas têm direito a seus próprios sistemas e práticas de saúde, bem como ao uso e à proteção das plantas, animais e minerais de interesse vital, e de outros recursos naturais de uso medicinal em suas terras e territórios ancestrais.
3. Os Estados tomarão medidas para prevenir e proibir que os povos e as pessoas indígenas sejam objeto de programas de pesquisa, experimentação biológica ou médica, bem como de esterilização, sem seu consentimento prévio livre e fundamentado.
Os povos e as pessoas indígenas também têm o direito, conforme seja o caso, de acesso a seus próprios dados, prontuários médicos e documentos de pesquisa conduzida por pessoas e instituições públicas ou privadas.
4. Os povos indígenas têm o direito de utilizar, sem discriminação alguma, todas as instituições e serviços de saúde e atendimento médico acessíveis à população em geral. Os Estados, em consulta e coordenação com os povos indígenas, promoverão sistemas ou práticas interculturais nos serviços médicos e sanitários prestados nas comunidades indígenas, inclusive a formação de técnicos e profissionais indígenas de saúde.
5. Os Estados garantirão o exercício efetivo dos direitos constantes deste artigo.

Artigo XIX

Direito à proteção do meio ambiente sadio

1. Os povos indígenas têm direito a viver em harmonia com a natureza e a um meio ambiente sadio, seguro e sustentável, condições essenciais para o pleno gozo do direito à vida, a sua espiritualidade e cosmovisão e ao bem-estar coletivo.

.....

QUINTA SEÇÃO

Direitos sociais, econômicos e de propriedade

.....

Artigo XXVI

Povos indígenas em isolamento voluntário ou em contato inicial

1. Os povos indígenas em isolamento voluntário ou em contato inicial têm direito a permanecer nessa condição e a viver livremente e de acordo com suas culturas.

2. Os Estados adotarão políticas e medidas adequadas, com o conhecimento e a participação dos povos e das organizações indígenas, para reconhecer, respeitar e proteger as terras, territórios, o meio ambiente e as culturas desses povos, bem como sua vida e integridade individual e coletiva.

Artigo XXVII

Direitos trabalhistas

1. Os povos e as pessoas indígenas têm os direitos e as garantias reconhecidas pela legislação trabalhista nacional e pelo direito trabalhista internacional. Os Estados adotarão todas as medidas especiais para prevenir, punir e reparar a discriminação de que os povos e as pessoas indígenas sejam objeto.

.....

.....

DECRETO Nº 5.051, DE 19 DE ABRIL DE 2004

Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição,

Considerando que o Congresso Nacional aprovou, por meio do Decreto Legislativo nº 143, de 20 de junho de 2002, o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989;

Considerando que o Governo brasileiro depositou o instrumento de ratificação junto ao Diretor Executivo da OIT em 25 de julho de 2002;

Considerando que a Convenção entrou em vigor internacional, em 5 de setembro de 1991, e, para o Brasil, em 25 de julho de 2003, nos termos de seu art. 38;

D E C R E T A :

Art. 1º A Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão da referida Convenção ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição Federal.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 19 de abril de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Celso Luiz Nunes Amorim

CONVENÇÃO Nº 169 DA OIT SOBRE POVOS INDÍGENAS E TRIBAIS

A Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho,

Convocada em Genebra pelo Conselho Administrativo da Repartição Internacional do Trabalho e tendo ali se reunido a 7 de junho de 1989, em sua septuagésima sexta sessão;

Observando as normas internacionais enunciadas na Convenção e na Recomendação sobre populações indígenas e tribais, 1957;

Lembrando os termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e dos numerosos instrumentos internacionais sobre a prevenção da discriminação;

Considerando que a evolução do direito internacional desde 1957 e as mudanças sobrevindas na situação dos povos indígenas e tribais em todas as regiões do mundo fazem com que seja aconselhável adotar novas normas internacionais nesse assunto, a fim de se eliminar a orientação para a assimilação das normas anteriores;

Reconhecendo as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico, e manter e fortalecer suas identidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram;

Observando que em diversas partes do mundo esses povos não podem gozar dos direitos humanos fundamentais no mesmo grau que o restante da população dos Estados onde moram e que suas leis, valores, costumes e perspectivas têm sofrido erosão freqüentemente;

Lembrando a particular contribuição dos povos indígenas e tribais à diversidade cultural, à harmonia social e ecológica da humanidade e à cooperação e compreensão internacionais;

Observando que as disposições a seguir foram estabelecidas com a colaboração das Nações Unidas, da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação, da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e da Organização Mundial da Saúde,

bem como do Instituto Indigenista Interamericano, nos níveis apropriados e nas suas respectivas esferas, e que existe o propósito de continuar essa colaboração a fim de promover e assegurar a aplicação destas disposições;

Após ter decidido adotar diversas propostas sobre a revisão parcial da Convenção sobre populações Indígenas e Tribais, 1957 (n.o 107) , o assunto que constitui o quarto item da agenda da sessão, e

Após ter decidido que essas propostas deveriam tomar a forma de uma Convenção Internacional que revise a Convenção Sobre Populações Indígenas e Tribais, 1957, adota, neste vigésimo sétimo dia de junho de mil novecentos e oitenta e nove, a seguinte Convenção, que será denominada Convenção Sobre os Povos Indígenas e Tribais, 1989:

.....

PARTE V - SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE

Artigo 24

Os regimes de seguridade social deverão ser estendidos progressivamente aos povos interessados e aplicados aos mesmos sem discriminação alguma.

Artigo 25

1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.

4. A prestação desses serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país.

PARTE VI - EDUCAÇÃO E MEIOS DE COMUNICAÇÃO

Artigo 26

Deverão ser adotadas medidas para garantir aos membros dos povos interessados a possibilidade de adquirirem educação em todos os níveis, pelo menos em condições de igualdade com o restante da comunidade nacional.

.....

.....

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para 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.

.....

.....

LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 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", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

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

Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II- Do Sistema Único de Saúde:

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

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

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

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

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

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

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

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

LEI Nº 12.314, DE 19 DE AGOSTO DE 2010

Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

Art. 11. O Poder Executivo disporá sobre a estrutura regimental da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, mantidos os cargos em comissão e funções gratificadas não diretamente vinculados às competências relativas ao atendimento de atenção básica do Departamento de Saúde Indígena transferidas ao Ministério da Saúde com fundamento nesta Lei.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos, no tocante à transformação e criação de cargos inferiores ao de Ministro de Estado, a partir da publicação das respectivas estruturas regimentais.

Art. 13. Ficam revogados os incisos III, V, VI e VII do § 3º do art. 1º da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e o art. 2º da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003.

Brasília, 19 de agosto de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
José Gomes Temporão
Paulo Bernardo Silva

LEI Nº 13.502, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2017

*(Revogada pela Medida Provisória nº 870, de 1º/1/2019,
convertida na Lei nº 13.844, de 18/6/2019)*

Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera a Lei nº 13.334, de 13 de setembro de 2016; e revoga a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e a Medida Provisória nº 768, de 2 de fevereiro de 2017.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

.....

CAPÍTULO III DOS MINISTÉRIOS

.....

Seção XXI Do Ministério da Saúde

Art. 64. Constitui área de competência do Ministério da Saúde:

- I - política nacional de saúde;
- II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- III - saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;
- IV - informações de saúde;
- V - insumos críticos para a saúde;

VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;

VII - vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, medicamentos e alimentos; e

VIII - pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

Art. 65. Integram a estrutura básica do Ministério da Saúde:

I - o Conselho Nacional de Saúde;

II - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde;

III - o Conselho Nacional de Saúde Suplementar; e

IV - até seis Secretarias.

DECRETO Nº 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999

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

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

DECRETA:

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

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

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

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

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

III - a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;

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

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

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

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

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

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

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

.....

.....

DECRETO Nº 8.901, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

(Revogado pelo Decreto nº 9.795, de 17/5/2019, em vigor em 31/5/2019)

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.

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

DECRETA:

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

Art. 2º Ficam remanejados, na forma do Anexo III, em decorrência do disposto no Decreto nº 8.785, de 10 junho de 2016, os seguintes cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Gratificadas - FG:

I - do Ministério da Saúde para a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão:

- a) oito DAS 101.4;
- b) quatorze DAS 101.2;
- c) cento e quatro DAS 101.1;
- d) um DAS 102.5;
- e) dois DAS 102.4;
- f) vinte e um DAS 102.3;
- g) vinte e dois DAS 102.2;
- h) cinquenta e dois DAS 102.1;
- i) dezesseis FG-1;

- j) nove FG-2; e
- k) quatro FG-3; e

II - da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão para o Ministério da Saúde: treze DAS 101.3.

.....

.....

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I

Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

- I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;
- II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;
- III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;
- IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;
- V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;
- VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;
- VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II

Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

- I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;
 - II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;
 - III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;
 - IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.
-

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

.....

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde

situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

.....

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

.....

TÍTULO III DO CUSTEIO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

(Origem: PRT MS/GM 204/2007, CAPÍTULO II, Seção II)

.....

CAPÍTULO II DOS INCENTIVOS FINANCEIROS NO BLOCO MAC

.....

Seção II

Da Regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas

Art. 274. Farão jus ao recebimento dos recursos financeiros do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI os estabelecimentos de saúde previamente habilitados na forma dos art. 276 a 278, com vistas à execução de objetivos elencados no art. 275. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

Parágrafo único. Os recursos financeiros do IAE-PI terão natureza de custeio e serão transferidos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

I – por meio de descentralização orçamentária, quando o estabelecimento de saúde de que trata o “caput” se tratar de órgão ou entidade da Administração Pública federal, direta ou indireta, observados os requisitos e formalidades inerentes à referida modalidade de descentralização de créditos; ou **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – na modalidade fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do Estado, Distrito Federal ou Município ao qual esteja vinculado o estabelecimento de saúde de que trata o “caput” que não se enquadre na hipótese do inciso I, observado o disposto nos art. 303 e 304, que versam sobre os prazos para o pagamento de incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 275. O IAE-PI tem como objetivos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

IV – facilitar a assistência dos cuidadores tradicionais, quando solicitada pelo paciente indígena ou pela família e, quando necessário, adaptar espaços para viabilizar tais práticas; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

V – viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VI – favorecer o acesso diferenciado e priorizado aos indígenas de recente contato, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado considerando seu elevado risco imunológico; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VII – promover e estimular a construção de ferramentas de articulação e inclusão de profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI/SESAI/MS e/ou outros profissionais e especialistas tradicionais que tenham vínculo com paciente indígena, na construção do plano de cuidado dos pacientes indígenas; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VIII – assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos pacientes indígenas; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IX – organizar instâncias de avaliação para serem utilizadas pelos pacientes indígenas relativamente à qualidade dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde;

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

X – fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

XI – promover e qualificar a participação dos profissionais dos estabelecimentos nos Comitês de Vigilância do Óbito; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

XII – proporcionar serviços de atenção especializada em terras e territórios indígenas; e ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

XIII – em relação especificamente aos hospitais universitários: ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

a) instalar ambulatórios especializados em saúde indígena, visando promover a coordenação do cuidado especializado ao usuário indígena, porta de entrada diferenciada e a qualificação de profissionais em formação; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

b) realizar projetos de pesquisa e extensão em saúde indígena; e ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

c) realizar projeto de telessaúde. ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

Art. 276. Poderão ser habilitados ao recebimento do IAE-PI: ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

I – estabelecimentos hospitalares que prestam serviços especializados e de apoio diagnóstico ao SUS, públicos ou privados sem fins lucrativos, incluídos os hospitais universitários; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

II – unidades mistas; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

III – policlínicas que prestam serviço ao SUS, públicas ou privadas sem fins lucrativos; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

IV – Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

V – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD; e ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

VI – Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

Art. 277. São critérios de habilitação dos estabelecimentos de saúde ao IAE-PI: ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

I – integrar a rede de referência para a população indígena beneficiada, assim compreendidos os estabelecimentos que realizam ações e serviços de saúde a pacientes indígenas da circunscrição do DSEI/SESAI/MS responsável pela habilitação do estabelecimento de saúde ou do órgão central da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), no caso dos estabelecimentos situados no Distrito Federal, observado o disposto do art. 278; e ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

II – estar cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a realização do serviço código nº 152 - Atenção à Saúde de Populações Indígenas, código de classificação nº 005 – Atenção Especializada às Populações Indígenas, ou outro que vier a substituir. ***(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)***

Parágrafo único. Os critérios de que trata o “caput” deverão ser observados durante todo o período de habilitação do estabelecimento de saúde ao IAE-PI, sob pena de suspensão

do repasse dos recursos do incentivo, observado o disposto nos art. 288 a 289. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 278. O pedido de habilitação ao recebimento do IAE-PI será entregue por meio físico ao DSEI/SESAI/MS da circunscrição do estabelecimento de saúde, ou, no caso dos estabelecimentos situados no Distrito Federal, diretamente ao órgão central da SESAI/MS, instruído com os seguintes documentos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – requerimento contendo a solicitação da habilitação ao recebimento do IAE-PI na forma desta Portaria, conforme modelo disponibilizado pela SESAI/MS na forma do art. 290, subscrito pelo dirigente máximo do estabelecimento de saúde interessado e, no caso dos estabelecimentos de que trata o inciso II do parágrafo único do art. 274, pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal ao qual esteja vinculado o estabelecimento de saúde; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – Plano de Metas e Ações – PMA, observado o disposto nos art. 283 a 285. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Parágrafo único. O processamento do pedido de habilitação ao recebimento do IAE-PI observará ao seguinte rito: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – o DSEI/SESAI/MS fará a análise da compatibilidade entre os documentos de que trata o “caput” com o disposto nesta Portaria, bem como da fidedignidade das informações ali prestadas, e, em caso de aprovação, os remeterá ao órgão central da SESAI/MS por meio do Sistema SEI, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contado da data da apresentação do pedido; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – recebidos os documentos de que trata o inciso I, o órgão central da SESAI/MS fará a homologação do processo de habilitação, mediante parecer técnico prévio do Departamento de Atenção à Saúde Indígena - DASI/SESAI/MS, e encaminhará à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, no prazo de 30 (dias) contado da data de recebimento da documentação; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – recebida a documentação na forma do inciso II, a SAS/MS realizará a análise da viabilidade orçamentária e financeira do pedido de habilitação do estabelecimento de saúde, observado o disposto no art. 292; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IV – após a análise de que trata o inciso III, a SAS/MS fornecerá os subsídios necessários à publicação de Portaria do Ministro de Estado da Saúde que autorize o repasse de recursos aos estabelecimentos habilitados ao recebimento do IAE-PI, que conterà, no mínimo: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

a) o nome e o número do registro do CNES do estabelecimento de saúde habilitado; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

b) a tipologia do estabelecimento de saúde habilitado, observado o disposto no art. 276; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

c) o DSEI/SESAI/MS da circunscrição do estabelecimento de saúde habilitado, exceto daqueles situados no Distrito Federal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

d) a forma de repasse do recurso, observado o disposto no parágrafo único do art. 274; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

e) o valor aprovado do incentivo financeiro e os objetivos de que trata o art. 275 a serem cumpridos; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

V – após a publicação da Portaria de que trata o inciso IV, a SAS/MS encaminhará o processo administrativo ao Fundo Nacional de Saúde para a adoção das medidas cabíveis com vistas ao repasse dos recursos referentes ao IAE-PI, observado o disposto no parágrafo único do art. 274. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 279. Para os estabelecimentos de que tratam os incisos I, II e III do art. 276, o valor total do IAE-PI será obtido a partir da soma de um valor fixo e de um valor variável. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º O valor fixo de que trata o “caput” será definido de acordo com o número de atendimentos/internações de pacientes indígenas, observado o disposto no Quadro 1 do Anexo XCVIII, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – até 14 (quatorze) pacientes indígenas atendidos por mês, não haverá nenhum repasse; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – de 15 (quinze) a 45 (quarenta e cinco) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais); **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)** III – de 46 (quarenta e seis) a 75 (setenta e cinco) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 23.000,00 (vinte e três mil reais); **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IV – de 76 (setenta e seis) a 105 (cento e cinco) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 38.000,00 (trinta e oito mil reais); **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

V – de 106 (cento e seis) a 136 (cento e trinta e seis) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 53.000,00 (cinquenta e três mil reais); **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VI – de 137 (cento e trinta e sete) a 167 (cento e sessenta e sete) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 68.500,00 (sessenta e oito mil e quinhentos reais); e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VII – acima de 167 (cento e sessenta e sete) pacientes indígenas atendidos por mês, o valor será de R\$ 83.500,00 (oitenta e três mil e quinhentos reais). **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 2º O valor variável de que trata o “caput” será calculado a partir de um aumento percentual sobre o valor fixo de que trata o § 1º para o cumprimento de cada objetivo de que trata o art. 275, com a exigência de cumprimento mínimo de 2 (dois) objetivos, observado o disposto no Quadro 2 do Anexo XCVIII, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – aumento de 5% para cumprimento dos objetivos de que trata os incisos III, V, VII, VIII, IX, X, XI do art. 275; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – aumento de 10% para cumprimento dos objetivos de que trata os incisos I e II do art. 275; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – aumento de 15% para cumprimento dos objetivos de que trata os incisos IV, VI e XII do art. 275. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 3º Os incrementos de que trata o § 2º não são cumulativos, sendo os percentuais incidentes sobre o valor original do repasse. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 4º Os estabelecimentos que porventura deixarem de cumprir determinado objetivo pactuado deixarão de fazer jus ao incremento correspondente de que trata o § 2º. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 5º O repasse dos recursos de que trata este artigo será realizado de acordo com o disposto no Quadro 7 do Anexo XCVIII, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – primeira parcela será equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado para 12 (doze) meses; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – a partir do 2º mês de repasse, o estabelecimento receberá os 80% (oitenta por cento) restantes do valor anual do repasse divididos em 11 (onze) parcelas mensais e iguais.

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

§ 6º Os hospitais universitários também estarão aptos a receber percentual adicional de incentivo em virtude do cumprimento dos objetivos dispostos no inciso XIII do art. 275, observado o disposto no Quadro 3 do Anexo XCVIII, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – caso o estabelecimento possua ambulatório indígena com clínica básica, receberá acréscimo de 100% sobre o valor fixo; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – caso o estabelecimento possua ambulatório indígena com clínica especializada, receberá acréscimo de 120% sobre o valor fixo; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – caso o estabelecimento possua projetos de extensão em saúde indígena, receberá acréscimo de 20% sobre o valor fixo; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IV – caso o estabelecimento possua projetos de ensino e pesquisa em saúde indígena, receberá acréscimo de 30% sobre o valor fixo; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

V - caso o estabelecimento possua projetos de tele-saúde para saúde indígena, receberá acréscimo de 30% sobre o valor fixo. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 7º os incrementos de que trata os incisos I e II do § 6º não são cumulativos. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 8º Além da habilitação de que trata os arts. 276 a 278, para fazerem jus ao percentual adicional de incentivo de que trata o § 6º, os hospitais universitários deverão celebrar Termo de Cooperação Técnica junto

ao órgão central da SESA/MS. **Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 280. Para os CEOs, o valor total do IAE-PI será calculado a partir da soma de um valor fixo e de um valor variável nos termos deste artigo, observado o disposto no Quadro 4 do Anexo XCVIII. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º O valor fixo de que trata o “caput” será obtido em incrementos percentuais sobre o valor base de custeio mensal do Ministério da Saúde para o CEO Tipo I, conforme o inciso I do art. 202, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) atendimentos de pacientes indígenas ao mês receberá o percentual de 25% sobre custeio mensal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – de 51 (cinquenta e um) a 200 (duzentos) atendimentos de pacientes indígenas ao mês receberá o percentual de 35% sobre custeio mensal; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – a partir de 201 (duzentos e um) atendimentos de pacientes indígenas ao mês receberá o percentual de 50% sobre custeio mensal. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 2º O valor variável de que trata o “caput” será obtido a partir de acréscimos aos incrementos percentuais de que trata o § 1º, na ordem de 10% para cada objetivo de que trata o art. 275 cumprido, limitandose a, no mínimo, 2 (dois) objetivos e, no máximo, 5 (cinco) objetivos. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 3º Os incrementos de que trata o § 2º não são cumulativos, sendo os percentuais

incidentes sobre o valor fixo do repasse. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 4º Os estabelecimentos que porventura deixarem de cumprir determinado objetivo pactuado deixarão de fazer jus ao incremento correspondente de que trata o § 2º. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 281. O valor do IAE-PI destinado aos LRPD será obtido a partir de incrementos percentuais sobre o valor de 50 (cinquenta) próteses, conforme os valores constantes da Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, observado o disposto no Quadro 5 do Anexo XCVIII, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – de 5 (cinco) a 10 (dez) próteses produzidas em pacientes indígenas, receberá o incremento percentual de 30%; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – de 11 (onze) a 50 (cinquenta) próteses produzidas em pacientes indígenas, receberá o incremento percentual de 40%; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – a partir de 51 (cinquenta e uma) próteses produzidas em pacientes indígenas, receberá o incremento percentual de 50%. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º O LRPD que cumprir o objetivo de que trata o inciso XII do art. 275, com no mínimo 50% da produção de prótese realizada em terra e/ou territórios indígenas, receberá o dobro dos valores definidos na forma dos incisos I, II e III do “caput”. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 2º Os incrementos de que trata o “caput” não são cumulativos, sendo os percentuais incidentes sobre o valor original do repasse. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 282. Para os CAPS, o valor total do IAE-PI será calculado a partir da soma de um valor fixo e de um valor variável, nos termos deste artigo, observado o disposto no Quadro 6 do Anexo XCVIII. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º O valor fixo de que trata o “caput” será obtido em incrementos percentuais o valor base do custeio mensal, de acordo com o art. 999, nos seguintes termos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I - CAPS I receberá o valor de 10 % sobre custeio mensal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II - CAPS II receberá o valor de 10 % sobre o custeio mensal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III - CAPS III receberá o valor de 5 % sobre o custeio mensal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IV - CAPS AD receberá o valor de 10 % sobre o custeio mensal; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

V - CAPS AD III receberá o valor de 5 % sobre o custeio mensal; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

VI - CAPS i receberá o valor de 10 % sobre o custeio mensal. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 2º O valor variável de que trata o “caput” será obtido a partir de acréscimos aos incrementos percentuais de que trata o § 1º, na ordem de 10% para cada objetivo de que trata o art. 275 cumprido, limitandose a, no mínimo, 2 (dois) objetivos e, no máximo, 9 (nove) objetivos. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 3º Os incrementos de que trata o § 2º não são cumulativos, sendo os percentuais incidentes sobre o valor fixo do repasse. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 4º Os estabelecimentos que porventura deixarem de cumprir determinado objetivo pactuado deixarão de fazer jus ao incremento correspondente de que trata o § 2º. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 283. O PMA constitui documento formal no qual constam as ações que serão realizadas e as metas a serem atingidas pelo estabelecimento de saúde, com vistas ao alcance de objetivos de que trata o art. 275 com a utilização dos recursos recebidos a título de IAE-PI. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 284. O conteúdo do PMA observará à tipologia do estabelecimento de saúde de que trata o art. 276, observado o seguinte conteúdo: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I - CEO: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

a) no mínimo 2 e no máximo 5 (cinco) objetivos a ser alcançados, dentre os elencados no art. 275; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

b) a comprovação da pertinência para o atendimento da população indígena adstrita a sua área; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

c) o número médio de atendimentos a indígenas esperado, que não poderá ser inferior a 19 (dezenove) pacientes por mês; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – LRPD: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

a) no máximo 1 (um) objetivo a ser alcançado, dentre os elencados no art. 275; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

b) a comprovação da pertinência para o atendimento da população indígena adstrita a sua área; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

c) o número médio de produção de próteses dentárias a indígenas esperado, que não poderá ser inferior a 5 (cinco) próteses por mês; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – CAPS: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

a) 2 (dois) a 9 (nove) objetivos a serem alcançados, dentre os elencados no art. 275; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

b) a comprovação da pertinência para o atendimento da população indígena adstrita a sua

área; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

IV – demais estabelecimentos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

a) 2 (dois) ou mais objetivos a serem alcançados, dentre os elencados no art. 275; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

b) a comprovação de atendimentos/internações de, no mínimo, 15 (quinze) pacientes indígenas por mês, de acordo a média apurada dos últimos 6 (seis) meses. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Parágrafo único. Constará do PMA, ainda, dados cadastrais do DSEI/SESAI/MS e do estabelecimento de saúde, justificativa de pertinência, serviços ofertados, descrição de metas e atividades, resultados esperados e o compromisso de todos os subscrevantes de atuar em consonância com os ditames desta Portaria e do PMA aprovado. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 285. O PMA será formulado de acordo com o modelo disponibilizado pela SESAI/MS, observado o disposto no art. 290, e será subscrito: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – pelo dirigente máximo do estabelecimento de saúde; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, no caso dos estabelecimentos de que trata o inciso II do parágrafo único do art. 274; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – pelo coordenador distrital do DSEI/SESAI/MS da circunscrição do estabelecimento de saúde, exceto, para os situados no Distrito Federal. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 286. O monitoramento do IAE-PI será realizado pela SESAI/MS, por meio do DASI/SESAI/MS e dos DSEI/SESAI/MS, em conjunto com os Conselhos Distritais de Saúde Indígena – CONDISI, através dos seguintes mecanismos: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – visita “in loco” aos estabelecimentos de saúde; **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – análise, acompanhamento e avaliação da satisfação da população indígena atendida; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

III – verificação das informações de procedimentos, atendimentos e internações da população indígena nos sistemas nacionais de informação do SUS, por meio da verificação das informações do quesito raça/cor, conforme disposto nos art. 241 a 244 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, além de informação sobre etnia, quando houver o campo. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 287. Os estabelecimentos de saúde habilitados ao recebimento do IAE-PI deverão: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I - encaminhar anualmente ao respectivo DSEI/SESAI/MS junto ao qual estejam habilitados, ou ao órgão central da SESAI/MS no caso dos estabelecimentos situados no Distrito Federal, o relatório com a descrição das atividades realizadas no exercício, que incluirá, dentre outros elementos, relatório descritivo dos objetivos implementados, conforme modelo disponibilizado pela SESAI/MS nos termos do art. 290; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – informar o atendimento ao indígena no registro de cobrança em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC e/ou Autorização de Internação Hospitalar – AIH, em observância ao preenchimento do quesito raça/cor, conforme o disposto nos art. 241 a 244 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, devendo também informar a etnia, se houver campo. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º A qualquer tempo, relatórios parciais poderão ser solicitados pelo DSEI/SESAI/MS, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, CONDISI e DASI/SESAI/MS. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 2º Para atendimentos que não são passíveis de serem informados individualmente, o estabelecimento deverá enviar relatório semestral ao DSEI/SESAI/MS informando o nome, etnia e procedimento realizado. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 288. No caso de descumprimento injustificado do disposto nesta Portaria ou no PMA, o repasse dos recursos referentes ao IAE-PI será suspenso temporariamente. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 1º O fim da suspensão de que trata o “caput” ocorrerá mediante apresentação das justificativas e das medidas adotadas pelo estabelecimento de saúde para a correção das inconformidades ao DSEI/SESAI/MS junto ao qual esteja habilitado na forma do art. 278, cabendo ao DASI/SESAI/MS emitir parecer técnico sobre o fim ou a manutenção da suspensão a partir das informações apresentadas, no prazo de 15 (quinze) dias contado da data do recebimento da respectiva documentação. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

11.10.2017)

§ 2º O início da suspensão e a retomada da transferência dos recursos do IAE-PI se darão mediante Portaria do Ministro de Estado da Saúde, que, além da demonstração da motivação para a suspensão ou retomada do repasse, observará ao seguinte: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I – constatada a inexistência de descumprimento de que trata o “caput”, os pagamentos retroagirão à data do início da suspensão; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II – no caso de aceitação das medidas adotadas pelo estabelecimento para correção das inconformidades, os pagamentos retroagirão à data da apresentação do requerimento de fim da suspensão ao DSEI/SESAI/MS junto ao qual esteja habilitado. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

§ 3º A SAS/MS adotará as medidas necessárias à publicação das Portarias de que trata o § 2º, a partir da solicitação e dos subsídios técnicos prestados pela SESAI/MS. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 289. Os estabelecimentos de saúde serão desabilitados e os repasses do IAE-PI serão interrompidos caso sejam detectadas malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos, observadas as disposições da Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, sobre tais hipóteses. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Parágrafo único. A desabilitação do estabelecimento de saúde ao recebimento do IAE-PI se dará mediante Portaria do Ministro de Estado da Saúde, aplicando-se a esta hipótese o disposto no § 3º do art. 288. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 290. A SESAI/MS publicará no sítio eletrônico do Ministério da Saúde: **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

I - em até 15 (quinze) dias contados da data de publicação desta Portaria, os modelos de PMA e de requerimento de habilitação ao recebimento do IAE-PI; e **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

II - em até 45 (quarenta e cinco) dias contados da data de publicação desta Portaria, documento instrutivo sobre a gestão, monitoramento e aplicação do IAE-PI, bem como o modelo de relatório anual de atividades de que trata o art. 279. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 291. Os estabelecimentos que já recebem recursos a título de IAE-PI terão o prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de publicação desta Portaria para apresentar novo pedido de habilitação, nos termos do art. 278. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Parágrafo único. Os estabelecimentos de que trata o “caput” permanecerão fazendo jus à percepção do IAE-PI na forma das normas anteriores a esta Portaria, até o julgamento definitivo do pedido de habilitação de que trata o art. 278 ou até o término do prazo de que trata o “caput” sem apresentação do referido pedido. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 292. O início do pagamento do IAE-PI ao estabelecimento habilitado está condicionado à disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Parágrafo único. O início do pagamento do IAE-PI deve ocorrer na estrita ordem de habilitação. **(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)**

Art. 293. Os municípios que tiverem recursos financeiros remanescentes oriundos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) deverão providenciar junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a elaboração de um Plano de Aplicação desses valores em ações e serviços na área de saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º)

§ 1º O Plano de Aplicação será elaborado conjuntamente pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS) que abrange a sua circunscrição territorial e pelo respectivo Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Depois de elaborado, o Plano de Aplicação será submetido à aprovação do Secretário Especial de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Em caso de discordância, o Secretário Especial de Saúde Indígena restituirá o Plano de Aplicação com sugestões para o seu aperfeiçoamento. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 3º) § 4º Na hipótese do art. 293, § 3º, deverá ser observado posteriormente o fluxo previsto nos §§ 1º e 2º. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 4º) § 5º O Plano de Aplicação observará o modelo a ser encaminhado pela SESAI/MS aos DSEI/SESAI/MS. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 2º, § 5º)

Art. 294. O Plano de Aplicação disporá sobre a execução dos recursos financeiros remanescentes nas seguintes hipóteses: (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º)

I - despesas de custeio em ações e serviços de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, I)

II - quitação de despesas de custeio geradas com fundamento na execução de ações e serviços de saúde indígena durante a vigência da Seção II do Capítulo II do Título III. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano de Aplicação conterá a relação analítica de todas as despesas e valores a serem

executados e a respectiva justificativa para sua realização. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, § 1º) § 2º Para execução dos recursos financeiros, deverá ser observada a disciplina prevista na legislação de regência, especialmente a Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 3º, § 2º)

Art. 295. As ações complementares de atenção à saúde indígena a serem realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios serão definidas e incorporadas no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Ato específico do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre as ações complementares de atenção à saúde indígena e o seu respectivo financiamento. (Origem: PRT MS/GM 2012/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção III

Do Custeio Destinado ao Cuidado Ambulatorial Pré-dialítico e Dialítico em Trânsito **(Redação dada pela PRT GM/MS 3415 de 22.10.2018)**

Art. 296. Os estabelecimentos de saúde habilitados como Atenção Ambulatorial

Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - pré-dialítico - código 15.06 realizarão os procedimentos 03.01.13.005-1 - Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 04 pré-diálise e 03.01.13.006-0 – Acompanhamento multiprofissional em DRC estágio 05 pré-diálise.
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1675 de 07.06.2018)

.....

.....

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

.....

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

.....

Seção II Da Hierarquização

.....

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

.....

.....

LEI Nº 6.001, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1973

Dispõe sobre o Estatuto do Índio.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO V
DA EDUCAÇÃO, CULTURA E SAÚDE

Art. 54. Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional.

Parágrafo único. Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola, especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados.

Art. 55. O regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades beneficiadas.

DECRETO Nº 9.010, DE 23 DE MARÇO DE 2017

Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, remaneja cargos em comissão, substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE e revoga o Decreto nº 7.778, de 27 de julho de 2012.

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

DECRETA:

Art. 1º Ficam aprovados o Estatuto e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, na forma dos Anexos I e II.

Art. 2º Ficam remanejados, na forma do Anexo III, em decorrência do disposto no Decreto nº 8.785, de 10 de junho de 2016, os seguintes cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS:

I - da FUNAI para a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão:

- a) trinta e cinco DAS 101.1;
- b) sete DAS 102.4;
- c) três DAS 102.3;
- d) trinta e cinco DAS 102.2; e
- e) oito DAS 102.1; e

II - da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e

Gestão para a FUNAI: um DAS 101.4.

.....

.....

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 171, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2013

Institui Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ações em saúde para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como Plano de Contingência da Saúde para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA JUSTIÇA, no uso das atribuições que lhes conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 231 da Constituição, que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens;

Considerando o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que em seu Capítulo V dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando o disposto na Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Estatuto do Índio;

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

Considerando o disposto na Portaria nº 2.656/GM/MS, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas e a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas;

Considerando a existência no território nacional de "povos indígenas isolados", definidos pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH/ONU) como os povos ou segmentos indígenas que não estabeleceram contatos frequentes e/ou intensos com segmentos da sociedade nacional e que, além disso, costumam evitar todo tipo de contato com pessoas alheias ao seu grupo como estratégia de sobrevivência (ACNUDH/ONU, maio de 2012); e "povos indígenas recém-contatados", definidos pela ACNUDH/ ONU como os povos ou segmentos indígenas que estabeleceram contato recente com segmentos da sociedade nacional ou com reduzido conhecimento dos códigos e valores das sociedades nacionais (ACNUDH/ONU, maio de 2012);

Considerando que cabe ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa, de forma descentralizada com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS), promovendo o acesso da população indígena a todos os meios para preservar e recuperar a

saúde;

Considerando que cabe ao Ministério da Justiça, por intermédio da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ), coordenar as ações de proteção dos Povos Indígenas Isolados e de Contato Recente, buscando garantir a proteção dos seus territórios e a integridade física e cultural destes povos; e

Considerando que a vulnerabilidade dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato exige habilidades específicas dos serviços de saúde para proteger a saúde desta população, resolvem:

Art. 1º Fica instituído o Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ações em saúde para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como Plano de Contingência da Saúde para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos Epidêmicos em Grupos de Recente Contato.

Art. 2º O Grupo de Trabalho será composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - pelo Ministério da Saúde:

a) três representantes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); e

b) três representantes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS);

II - pelo Ministério da Justiça:

a) três representantes da Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e

b) três representantes das Coordenações das Frentes de Proteção Etnoambiental (FPE/FUNAI); e

III - três representantes do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, a serem escolhidos entre os DSEI/SESAI/MS com referência de povos isolados e recente contato.

§ 1º O Grupo de Trabalho será coordenado pela SESAI/MS.

§ 2º Os representantes serão indicados pelos respectivos dirigentes máximos à Coordenação do Grupo de Trabalho no prazo de quinze dias contado da data de publicação desta Portaria.

§ 3º O Grupo de Trabalho poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 3º O Grupo de Trabalho submeterá relatórios parciais de suas atividades à SESAI/MS e à FUNAI a cada noventa dias.

Art. 4º O Grupo de Trabalho terá duração de cento e oitenta dias, prorrogáveis por sessenta dias, contados da data de publicação desta Portaria.

Art. 5º O Grupo de Trabalho poderá realizar visitas em pelo menos quatro localidades habitadas por povos indígenas isolados e de recente contato para subsidiar suas atividades.

Art. 6º As funções dos representantes do Grupo de Trabalho não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante.

Art. 7º A SESAI/MS e a FUNAI prestarão o apoio administrativo necessário ao funcionamento do Grupo de Trabalho.

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

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde
JOSÉ EDUARDO CARDOZO
Ministro de Estado da Justiça

PORTARIA CONJUNTA Nº 4.094, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018

Define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato.

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 o PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelos incisos III e XVI do art. 25 do Decreto nº 9.010, de 23 de março de 2017, e

Considerando o art. 231 da Constituição Federal, que reconhece aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições;

Considerando a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em 1989, e promulgada pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004, que determina que os serviços de saúde deverão levar em conta as condições econômicas, geográficas, sociais e culturais dos povos interessados, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

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

Considerando o art. 11 da Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, que autoriza a criação de órgão de saúde indígena no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando o art. 64, inciso III, da Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017, que define como competência do Ministério da Saúde cuidar da saúde ambiental e das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva dos índios;

Considerando o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, que define a competência do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, de planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando o Anexo XIV à Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e recomenda a adoção de ações específicas de saúde em situações especiais como a de povos indígenas isolados e de recente contato;

Considerando o Anexo 2 do Anexo XIV à Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que aprova as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena;

Considerando a Seção II do Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe a regulamentação dos incentivos de atenção básica e especializada aos Povos Indígenas;

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, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, em especial, o seu art. 11, que determina que a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde;

Considerando a Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Estatuto do Índio e determina, no seu art. 54, que deve ser assegurada especial assistência dos poderes públicos ao índio na infância, maternidade, doença e velhice;

Considerando o Decreto nº 9.010, de 23 de março de 2017, que atribui à Funai o planejamento, a formulação, a coordenação e a implementação das políticas de proteção aos grupos indígenas isolados e recém contatados;

Considerando a Portaria nº 281/PRES, de 20 de abril de 2000, que estabelece diretrizes da Política de Proteção aos Povos Indígenas Isolados e considera prioritária a saúde dos indígenas isolados, devendo ser objeto de especial atenção, decorrente de sua especificidade;

Considerando a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em dezembro de 2013, em Brasília, que previu a propositura de ações para os casos especiais de populações indígenas em vias de contato e de contato recente;

Considerando a 1ª Conferência de Política Indigenista, de junho de 2015;

Considerando as "Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la Región Amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay " do ACNUDH (Escritório do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos), de 2012;

Considerando a Portaria Interministerial nº 171, de 6 de fevereiro de 2013, que institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar diretrizes e estratégias de ação em saúde para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato, bem como Plano de Contingência da Saúde para Situações de Contato com Povos Isolados e Surtos e Epidemias em Grupos de Recente Contato; e

Considerando o constante dos autos do processo nº 08620.006643/2017-28, resolvem :

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria aprova os princípios, diretrizes e estratégias para a atuação conjunta da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS e da Fundação Nacional do Índio - FUNAI no planejamento, coordenação, execução, monitoramento e avaliação de ações de atenção à saúde dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato.

Art. 2º Para os fins desta portaria adotam-se as seguintes definições:

I - Povos Indígenas Isolados: povos ou segmentos de povos indígenas que, sob a perspectiva do Estado brasileiro, não mantém contatos intensos e/ou constantes com a população majoritária, evitando contatos com pessoas exógenas a seu coletivo; e

II - Povos Indígenas de Recente Contato: povos ou agrupamentos indígenas que mantêm relações de contato ocasional, intermitente ou permanente com segmentos da sociedade nacional, com reduzido conhecimento dos códigos ou incorporação dos usos e

costumes da sociedade envolvente, e que conservam significativa autonomia sociocultural.

.....

.....

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020

Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

§ 1º As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade.

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde disporá sobre a duração da situação de emergência de saúde pública de que trata esta Lei.

§ 3º O prazo de que trata o § 2º deste artigo não poderá ser superior ao declarado pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

I - isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e

II - quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus.

Parágrafo único. As definições estabelecidas pelo Artigo 1 do Regulamento Sanitário Internacional, constante do Anexo ao Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, aplicam-se ao disposto nesta Lei, no que couber.

Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas: [*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 926, de 20/3/2020*](#)

I - isolamento;

II - quarentena;

III - determinação de realização compulsória de:

.....

.....

FIM DO DOCUMENTO
