



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.299, DE 2020 **(Do Sr. Airtton Faleiro e outros)**

Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para definir mecanismo de financiamento específico, fortalecimento da rede SUS e medidas emergenciais para o enfrentamento de pandemias e calamidades em saúde pública junto aos povos indígenas no Brasil.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-1142/2020.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação do Plenário

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD


CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2020

(Da Sr. Aírton Faleiro e outros)

Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para definir mecanismo de financiamento específico, fortalecimento da rede SUS e medidas emergenciais para o enfrentamento de pandemias e calamidades em saúde pública junto aos povos indígenas no Brasil.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei 8.080, 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.

Art. 2º. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação.

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

Parágrafo Único. A União instituirá mecanismo de financiamento específico para Estados e Municípios, considerando a realidade geográfica, social, étnica e linguística dos povos indígenas, sempre que houver

Praça dos Três Poderes - Congresso Nacional
 Câmara dos Deputados, Anexo IV, Gabinete 231
 Brasília - DF - CEP 70.160-900
dep.joeniawapichana@camara.leg.br
 Fone: 3215 5231

Apresentação: 31/03/2020 11:02

PL n.1299/2020




CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

necessidade de atenção secundária e terciária, fora dos territórios indígenas.

Art. 19-F. A União, disporá de aporte adicional de recursos, não previstos nos Planos de Saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em caso de pandemia, emergência e calamidade em saúde pública.

§1º O caráter complementar deve ser fortalecido principalmente em situações emergenciais para o enfrentamento de pandemias e calamidades em saúde pública junto aos povos indígenas do País, devendo compartilhar das responsabilidades pelas ações de prevenção e assistenciais dos povos indígenas.

§2º Em situações emergenciais e de calamidade pública, deve-se garantir a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimentos dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, deixando explícitos os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno."

Art. 3º. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

JUSTIFICAÇÃO

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

Os povos indígenas conquistaram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com a aprovação da Lei nº 9.836, de 1999, que foi incorporada à Lei 8.080, 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.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é um grande avanço para a melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas. No entanto, identificamos que em casos de pandemias, emergências e situações de calamidades em saúde pública, essa Lei não explicita quais seriam as possibilidades de atenção necessária ao atendimento dos povos indígenas, considerando suas realidades geográficas e étnicas. E, considerando que o artigo 19G, aponta para a corresponsabilidade de toda rede de atenção do SUS articulado em todos os níveis de assistência em saúde para os povos indígenas, entende-se se esse Projeto de Lei visa garantir e efetivar o que está presente na Lei 8.080/1990.

Há inúmeros registros históricos do expressivo e devastador impacto de doenças infectocontagiosas, como gripe, sarampo, tuberculose e varíola em povos indígenas, particularmente naqueles em isolamento ou de recente contato, doenças essas que chegaram a dizimar grupos étnicos. Particularmente há uma maior preocupação naqueles que se encontram em situação de isolamento ou de recente contato, considerando os fatores imunológicos desta população em especial. Como caso concreto, lembramos que em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto do novo Coronavírus (Covid-19), constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus.

No Brasil, a Lei nº. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”, estabelece a necessidade de tomada de medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, declarando que o isolamento e a quarentena são medidas principais a serem adotadas, além de outras ações detalhadas na Lei, supra citada.

Entretanto, para populações indígenas são enormes os desafios para garantir as orientações previstas na Lei 13.979/2020, principalmente pelas aldeias, cujas habitações frequentemente têm grande número de moradores, sem a divisão dos cômodos, utensílios domésticos são de uso coletivo, intensas atividades culturais e comunitárias que constituem parte da tradicionalidade e identidade destes povos, com isso, doenças infectocontagiosas introduzidas tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte dessas populações.

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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

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.

Lembramos que na implementação do Subsistema de Saúde Indígena, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena, dispõe de 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), localizados e organizados de acordo com as necessidades sociais, étnicas, culturais, geográficas, epidemiológicas, populacional dos 305 povos indígenas do Brasil.

Na implementação de ações conjuntas, atualmente o Ministério da Saúde, transfere recursos para Estados e Municípios via o Incentivo de Atenção Especializada para os Povos Indígenas – IAE-PI, que visa a adequação do atendimento nos serviços especializados aos povos indígenas. O IAE-PI é normatizado pela Portaria 2.663 de 11 de outubro de 2017 do Ministério da Saúde. Com este Projeto de Lei, se propõe que este mecanismo de financiamento específico, seja incorporado na Lei 8.080/1990, devendo ser posteriormente regulamentado pelo Poder Executivo.

Em sua grande maioria, os povos indígenas vivem em situação de vulnerabilidade, os aspectos epidemiológicos destes povos referem altos índices de infecção por doenças do trato respiratório, no qual muitas vezes necessita de assistência especializada, principalmente em se tratando de doenças respiratórias, principalmente na média e alta complexidade, que requer tratamento diferenciado na oferta da assistência em saúde. Atualmente é de responsabilidade dos 34 DSEIs a criação de medidas específicas para atender as particularidades identificadas em


CÂMARA DOS DEPUTADOS

Gabinete da Deputada Joenia Wapichana (REDE/RR)

cada DSEI ao 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, precisa fortalecer o apoio da rede do SUS para o atendimento especializado dos povos indígenas.

Além disso, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve estar fortalecido para coordenar e articular respostas para atender as necessidades de saúde dos povos indígenas diante das pandemias, emergências e calamidade em saúde pública, para que não venham a causar surtos generalizados e mortes nas aldeias. E para isso, deve-se ampliar a corresponsabilidade da rede SUS, Estados e municípios com a assistência aos povos indígenas. E o Subsistema de Saúde Indígena deve estar preparado para articular essas respostas, seja de atenção primária, de média e alta complexidade.

Sala das sessões, 31 de março de 2020.

Deputado Airton Faleiro ☐☐
 Deputado Alexandre Padilha ☐☐
 Deputada Carmen Zanotto ☐☐
 Deputado Edmilson Rodrigues ☐☐
 Deputada Fernanda Melchionna ☐☐
 Deputado José Ricardo ☐☐
 Deputada Natália Bonavides ☐☐
 Deputado Patrus Ananias ☐☐
 Deputado Rodrigo Agostinho ☐☐
 Deputada Tabata Amaral ☐☐

*Praça dos Três Poderes - Congresso Nacional
 Câmara dos Deputados, Anexo IV, Gabinete 231
 Brasília - DF - CEP 70.160-900
den.joeniawapichana@camara.leg.br
 Fone: 3215 5231*

Apresentação: 31/03/2020 11:02

PL n. 1299/2020



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

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 II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....
CAPÍTULO IV
DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

.....
Seção II
Da Competência

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

.....
CAPÍTULO V
DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

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. *[\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)*

[nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

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

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

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

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013\)](#)

Art. 19-L [\(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

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

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

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

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação](#)

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

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

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às

tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

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

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

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO). [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

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

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.

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

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

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

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

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

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

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

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.

.....

PORTARIA Nº 2.663, DE 11 DE OUTUBRO DE 2017

Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAEPI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

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

Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando o Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, que dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; e

Considerando os arts. 241 a 244 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde e torna obrigatório seu preenchimento nos formulários dos sistemas de informação de saúde;

Considerando o Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI;

Considerando os arts. 173 a 177 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, dos recursos de custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

Considerando os arts. 303 e 304 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que estabelecem prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS; e

Considerando a necessidade de revisar o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI, definindo critérios de alocação, distribuição, cálculo, monitoramento e avaliação, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"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.

Parágrafo único. Os recursos financeiros do IAE-PI terão natureza de custeio e serão transferidos:

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

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.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO