

## APRESENTAÇÃO

O Boletim Informativo n.º 21 do Conselho Nacional de Saúde traz os principais temas e deliberações aprovados e discutidos durante as reuniões ordinárias do CNS nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2000. Da relação, constam decisões envolvendo as Políticas de Saúde dos Povos Indígenas e dos Portadores de Deficiência, os mecanismos de financiamento do SUS e as diretrizes para sua regionalização.

Como forma de dar ainda mais transparência às discussões do plenário do CNS, incluímos no documento a publicação dos resumos executivos das reuniões ordinárias dos respectivos meses. Com essa leitura, será possível perceber os temas de relevância institucional vinculados ao setor Saúde.

Nesta edição, podemos encontrar informações e atos que causaram mudanças no relacionamento entre gestores, profissionais, prestadores de serviço e usuários do Sistema Único. As anotações serão de grande valia para os estudiosos e responsáveis pela elaboração de programas e políticas que objetivam o aperfeiçoamento do SUS.

A versão *on line* de todas as deliberações aprovadas e incluídas neste exemplar também podem ser acessadas pela internet. O endereço do *site* é conselho.saude.gov.br.

## NESTA SEÇÃO

Apresentação . . . . .	01
<b>102.ª Reunião Ordinária do CNS/Outubro/2000</b>	
Resumo Executivo . . . . .	01
<b>103.ª Reunião Ordinária do CNS/Novembro/2000</b>	
Resumo Executivo . . . . .	05
Moções . . . . .	08
<b>104.ª Reunião Ordinária do CNS/Dezembro/2000</b>	
Resumo Executivo . . . . .	09
Resoluções . . . . .	12
Recomendações . . . . .	15
<b>Anexos da edição . . . . .</b>	<b>16</b>
● Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas . . . . .	16
● Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência . . . . .	26

## 102.ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS RESUMO EXECUTIVO – OUTUBRO/2000

### ABERTURA

Aos quatro e cinco dias de outubro de dois mil, às dez horas, na sala de reunião "Conselheiro Omilton Visconde" do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Segunda Reunião Ordinária do CNS.

### APROVAÇÃO DAS ATAS

Colocadas em apreciação, foram aprovadas as atas da 99ª, 100ª e 101ª Reunião Ordinária do CNS.

### INFORMES

**1) Gerais** - O Coordenador-Geral do CNS, Nelson Rodrigues dos Santos, explicou que, por motivos de agenda, o material de apoio à pauta da reunião não pudera ser enviado na data prevista e, pelo mesmo motivo, os itens "Relato da CPI de Medicamentos" e

"Mesa-Redonda sobre Política para Portadores de Deficiência" haviam sido transferidos para a próxima reunião. Fez, ainda, alusão aos microcomputadores e telefones que estavam à disposição dos Conselheiros em sala específica, e lembrou aos Conselheiros Titulares da necessidade de comunicar à Secretaria Executiva do CNS, com antecedência de cinco dias úteis, sobre o comparecimento dos Conselheiros Suplentes às reuniões.

### 2) Cumprimento do Regimento Interno e Deliberações Internas para o Funcionamento das Reuniões do CNS -

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, objetivando manter o bom andamento das Reuniões Ordinárias e cumprir o Regimento Interno do CNS, fez esclarecimentos aos Conselheiros sobre: 1) preparação e remessa de subsídios aos Conselheiros; 2) duração do item de pauta; 3) questões de ordem; e 4) inscrição e duração de informes.

**3) Importância do Item 11 da Pauta** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos destacou a importância

do Item 11 – Aplicação da NOB 96: progressos, problemas e perspectivas, bem como da apresentação do documento "Análise dos Aspectos do Processo de Descentralização do SUS", previamente distribuído aos Conselheiros.

**4) Acompanhamento da Aceleração da Erradicação da Hanseníase no Brasil** - O Conselheiro Artur Custódio M. de Souza informou que o CNS, no âmbito da questão da hanseníase, elaborara duas Resoluções de grande impacto referentes à descentralização da doença na atenção básica e à política de hospitais colônias. Apesar disso, lembrou da Resolução sobre campanhas orientadoras periódicas de divulgação, que fora aprovada no CNS, mas que não estava sendo implementada. Em seguida, passou a palavra ao cantor Ney Matogrosso, que destacou a importância da questão da hanseníase, com incidência significativa no País, considerando que a base da sua erradicação era a informação. Comunicou a existência de dois spots já elaborados, contendo informações importantes à população brasileira, solicitando ao CNS que interviesse junto ao Ministério da Saúde para a sua divulgação.

**5) Andamento da Aplicação da E.C. n.º 29** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos lembrou que o artigo sétimo da PEC Aglutinativa 86-A, promulgada no mês passado, referente à participação federal de cinco por cento sobre o orçamento empenhado em 1999 e ao crescimento proporcional ao valor nominal do PIB para estados e municípios, era considerado auto-aplicável. Contudo, a aplicabilidade deverá ser calculada em conformidade com a realidade do recolhimento de impostos de estados e municípios e a sua base de cálculo permitia flexibilidade de interpretação, no que se refere à ações e serviços de saúde. Em função disso, a Coordenação-Geral do CNS remetera para várias instituições (Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas dos Estados, Conselhos Estaduais de Saúde, Ministério Público, dentre outras) as diretrizes e as medidas implementadoras, aprovadas pelo CNS, no âmbito da referida PEC. Solicitou aos Conselheiros que auxiliassem nesse trabalho de conscientização e articulação, nos seus respectivos estados.

**6) Situação do CES/Maranhão** - O Conselheiro Jocélio Drummond lembrou matéria anteriormente apresentada, referente a mudança abrupta de composição que sofrera o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão, ferindo a Resolução n.º 33 do CNS. Solicitou que o Conselho Nacional de Saúde se posicionasse sobre o assunto. Após discussões, o Plenário decidiu designar delegação de Conselheiros para visitar o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão.

**7) Conselheira Maria Natividade Gomes Teixeira Santana informou que o Conselho Nacional de Educação iniciara uma seqüência de audiências públicas**, com vistas à definição das diretrizes curriculares de graduação de todas as áreas. Lembrou, então, deliberação aprovada em plenário referente à realização de audiência pública entre os Conselhos Nacionais de Educação e de Saúde,

no sentido de debater as diretrizes curriculares de graduação da área da Saúde, solicitando à Secretaria Executiva que informasse o CNS sobre o andamento do processo de realização da referida audiência. Informou, ainda, sobre a realização do 52.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, de 21 a 26 de outubro, em Olinda/PE, colocando esse espaço à disposição dos Conselheiros para a divulgação de temas ou assuntos que julgassem importantes.

**8) Parceria CNS/ANATEL** - O Sr. Paulo Ricardo Balduino, Coordenador do Subcomitê de Saúde da ANATEL, fez exposição sobre as aplicações desenvolvidas no âmbito da ANATEL com relação à tele-medicina, visando: redução de custos, redução de listas de espera, melhoria no atendimento, possibilidade de consultas remotas, treinamento e educação continuada, eficiência, segurança e universalização da Saúde..

## ITEM 02 - RELATO DO GT/CNS DO "ACESSO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS"

O Conselheiro Geraldo Adão fez a apresentação do Relatório do Grupo de Trabalho sobre Acesso e Humanização do Atendimento no SUS, destacando os seguintes objetivos: 1) identificar as causas que impedem o livre e fácil acesso do usuário aos recursos de saúde; 2) identificar as causas que contribuem para a deterioração da qualidade dos serviços e da atenção inter-relacional no atendimento; 3) dar ordenamento, apurar o dimensionamento, priorizar e propor ações e políticas estratégicas para superação das causas identificadas, de forma que as propostas sejam devidamente harmonizadas entre os quatro atores do sistema. Em seguida, procedeu à leitura de vinte recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho ao Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, com os respectivos objetivos: 1) desenvolver estratégias voltadas para a organização do Sistema de Saúde, em nível estadual e municipal, capazes de oferecer atenção integral, universal e equânime à população, através de planos, programas e serviços compatíveis com o perfil epidemiológico; 2) adotar medidas no sentido de priorização e efetivo acompanhamento do Sistema de Saúde, por meio de mecanismos de controle interno específico, visando avaliar a eficiência e eficácia da gestão e do processo de descentralização; 3) desenvolver políticas de Recursos Humanos abrangendo o conjunto dos trabalhadores dos diversos níveis de gestão; 4) investir na atenção secundária e terciária, por constituírem pontos de estrangulamento do Sistema, dificultando a continuidade do tratamento do usuário; 5) priorizar a Atenção Básica à Saúde, considerando a ótica da vigilância à saúde, adotando os princípios da integralidade, hierarquização e intersetorialidade; 6) articular com o CONASS e o CONASEMS para a criação de estratégias que garantam o comprometimento dos gestores com a implementação do Sistema; 7) criar mecanismos que possibilitem a capacitação continuada de Conselheiros de Saúde, visando à qualificação da sua atuação no controle social do SUS; 8) criar sistemas de

informação e divulgação permanentes das ações e serviços disponibilizados, garantindo transparência e acesso do usuário aos serviços; 9) propiciar que a proposta de humanização do atendimento no Comitê de Humanização do Ministério da Saúde tenha como condição precípua todas as ações e readequação na gestão, controle e financiamento do SUS, para garantir o acesso e o atendimento humanizado ao usuário; 10) propiciar que a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo a assistência à reabilitação, seja prestada observando-se os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação públicos, contratados ou filantrópicos, até os centros de referência em reabilitação responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade; 11) propiciar que o Programa do Ministério da Saúde sobre Humanização do Atendimento no SUS seja apresentado aos Conselhos de Saúde em todos os níveis, ficando estes responsáveis pela sua fiscalização; 12) propiciar que as propostas de capacitação de pessoal envolvam todas as categorias profissionais, com a criação de processo de educação continuada, visando à garantia da atualização, qualidade e competência do profissional; 13) propiciar que seja mantido o Grupo de Trabalho do CNS para o acompanhamento das propostas aprovadas pelo Plenário, quanto à sua implementação e avaliação de resultados, bem como o acompanhamento do Programa do Ministério da Saúde; 14) criar uma política de medicamentos que tenha como prioridade a reorientação da assistência farmacêutica e a implantação efetiva da relação de medicamentos essenciais; 15) ampliar os procedimentos ambulatoriais no atendimento à atenção básica, garantindo o nível de resolatividade da atenção em saúde; 16) ampliar a divulgação das possibilidades de financiamento pelo REFORSUS, disponibilizando técnicos para o apoio à elaboração de projetos; 17) criar mecanismos de controle de informação sobre demanda reprimida; 18) garantir ações intersetoriais visando à melhoria da qualidade de vida e conseqüente promoção da saúde; 19) implementar, por meio de normatização, a descentralização da distribuição de órteses e próteses com ampla divulgação, para o acesso do usuário aos referidos equipamentos; e 20) promover de pesquisa que confirme a paridade e a representatividade dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e, se necessário, recomende e oriente a correção à luz da legislação. APÓS AS DISCUSSÕES, O PLENÁRIO DO CNS DECIDIU ENCAMINHAR AS RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DE TRABALHO (INCORPORANDO AS SUGESTÕES DOS CONSELHEIROS), PARA APRECIÇÃO DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.

### ITEM 03 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

O Dr. Geraldo Biasoto, Secretário de Investimentos de Saúde do Ministério da Saúde, lembrou que o projeto do Cartão Nacional de Saúde passara por várias fase de

elaboração, encontrando-se, hoje, na sua etapa final, com vistas à sua implementação. Destacou o apoio dado pelo CONASS e pelo CONSASEMS ao projeto, e informou que o mesmo previa monitoramento estreito com relação à implantação do Cartão. A seguir, a Dra. Rosani Evangelista da Cunha, Gerente do Projeto, detalhou o processo, destacando: 1) a fundamentação da elaboração do projeto (necessidade de identificação do usuário, de definição de critérios de financiamento e de ferramentas de gestão efetivas para o SUS); 2) objetivos do sistema; 3) processo em curso, no âmbito da implementação; 4) integração do Cartão com os sistemas de informação; 5) níveis de atendimentos previstos; 6) utilização do Cartão para o Sistema Único de Saúde; 7) projeto-piloto do Cartão Nacional de Saúde (44 municípios); e 8) proposta de expansão do Cartão, baseada em três eixos: cadastramento em âmbito nacional, desenvolvimento de novas oportunidades nas unidades de saúde e expansão física do sistema. FOI APROVADA A PROPOSTA DO CONSELHEIRO JOCÉLIO DRUMMOND DE CRIAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO PARA ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE, INTEGRADO PELOS CONSELHEIROS JOSÉ CARVALHO DE NORONHA, JOSÉ LUIZ SPIGOLON, HEDER MURARI, MARIA LÉDA DANTAS, ALÉM DE REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES, A SER INDICADO POSTERIORMENTE.

### ITEM 04 - RELATO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - CIT

Adiado para a próxima reunião.

### ITEM 05 - RELATO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA 11.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A Coordenadora da Comissão Organizadora da 11.ª Conferência Nacional de Saúde, Dra. Rita de Cássia B. Barata, fez o relato das deliberações ocorridas, destacando que: 1) o local escolhido para realização da Conferência foi a Academia de Tênis de Brasília (em razão do preço ser bem menor do que o apresentado pela Universidade de Brasília); 2) a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde assumira os custos de divulgação da Conferência; 3) fora aprovada "frase-chave" (*slogan*) da Conferência: "O Brasil falando como quer ser tratado"; 4) fora acertada a distribuição de delegados indicados por entidades nacionais; e 5) a Comissão Organizadora aguardava sugestões dos Conselheiros para os subtemas da Conferência.

### ITEM 06 - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA AGENDA BÁSICA 2000

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, ao apresentar esse item, chamou a atenção para os seguintes aspectos: 1) Acompanhamento: a) do Planejamento do Ministério da Saúde (não implementado); b) do Orçamento do Ministério da Saúde (total ou parcialmente implementado); c) do financiamento do SUS nas três

esferas de Governo (total ou parcialmente implementado); e d) da preparação da 11.ª Conferência Nacional de Saúde (total ou parcialmente implementado). II) Acompanhamento Especial: a) no campo de atenção básica à saúde (implementado); b) investimento dirigido à equidade (não implementado); c) insumos básicos (implementado); d) articulações intersetoriais visando a promoção e educação à saúde (parcialmente implementado); e) capacitação da gestão do sistema em três níveis: informação para decisão (não implementado), vigilância em saúde (não implementado) e Política de Recursos Humanos (implementado). III) Acompanhamento Permanente: a) atenção integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, dos portadores de deficiência, dos indígenas, dos idosos, dos trabalhadores e outros (parcialmente implementado); b) doenças emergentes (não implementado); c) humanização no atendimento (implementado); e d) análise e acompanhamento trimestral de conjuntura macroeconômica e política (parcialmente implementado). IV) Controle Social: a) fortalecimento da infra-estrutura institucional de apoio aos Conselhos de Saúde e Controle Social (não implementado); b) sistematização de informação e comunicação dos Conselhos em todos os níveis, especialmente quanto aos indicadores sociais e epidemiológicos de repasses e gastos de recursos (não implementado); c) capacitação de Conselheiros e Gestores (implementado); d) construção de alianças importantes para atuação do CNS e efetivação do controle social (parcialmente implementado); e) estabelecimento de "áreas-chaves" para o controle social pelo CNS, nos três níveis de governo (não implementado); f) papéis e competências dos Conselhos de Saúde (parcialmente implementado); g) Plenárias e encontros de Conselheiros de Saúde (implementado); e h) aprofundamento das práticas democráticas de representatividade e aprimoramento legal da indicação, designação e sucessão de Conselheiros (não implementado). V) Temas Conjunturais Relevantes: a) controle social das operadoras privadas de planos e seguros de saúde (parcialmente implementado); e b) atualização da NOB 96 ou formulação de NOB 2000 (implementado).

#### **ITEM 07 - FORTALECIMENTO DA INFRA-ESTRUTURA DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHOS DE SAÚDE: REDE DE INFORMAÇÕES, INTERCÂMBIOS E ACOMPANHAMENTO**

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos falou da iniciativa da Secretaria de Políticas de Saúde/MS voltada ao fortalecimento da infra-estrutura do controle social pelos Conselhos de Saúde, envolvendo: 1) catálogo de endereços dos atores da área da Saúde (Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, COSEMS, Secretarias Estaduais de Saúde, Assembléias Legislativas, Comissões do Senado Federal e da Câmara Federal, Ministérios Públicos dos Estados, OPAS, órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e outros.); e 2) pesquisa efetuada nos

Conselhos Estaduais e Municipais (das Capitais), contemplando itens como endereço e telefone atualizados, organização e funcionamento, frequência de reuniões, composição e agenda básica dos referidos Conselhos.

#### **ITEM 08 - APRIMORAMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA RELAÇÃO GESTORES-CONSELHOS DE SAÚDE**

O Conselheiro Cláudio Duarte, inicialmente, colocou que a PEC da Saúde e o processo de descentralização do sistema de saúde apontavam para a necessidade de aprimoramento normativo do controle social e da relação entre gestores e Conselhos de Saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vinha solicitar interação com o Conselho Nacional de Saúde, com vistas ao estabelecimento de agenda de discussão objetivando o aperfeiçoamento dos instrumentos normativos e jurídicos, fortalecendo, assim, o controle social nos três níveis de gestão. Para tanto, fora identificada a necessidade de estudo aprofundado da legislação e inter Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; e IV) fornecer subsídios para o funcionamento eficaz dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

#### **ITEM 09 - PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL- CCG/CNS**

Adiado para a próxima reunião.

#### **ITEM 10 - RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS - CONFIN/CNS**

O Prof. Elias Jorge informou sobre a impossibilidade de apresentação do Relatório da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS, em função da não publicação da Portaria que se refere à execução orçamentária do Ministério da Saúde. Apresentou, então, duas sugestões da CONFIN ao Plenário do CNS: 1) definição de data-limite para manifestação dos Conselheiros que desejarem se incorporar às atividades de acompanhamento da implementação da EC-29; e 2) que o Plenário reitere à Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente a necessidade de priorizar em suas atividades o acompanhamento orçamentário e financeiro de 2000, a tramitação do orçamento de 2001 no Congresso Nacional, bem como desenvolver estudos sobre formas alternativas de viabilizar e operacionalizar a execução orçamentária e financeira do item Saneamento Básico, visando quebrar o círculo vicioso das sucessivas inscrições de Restos a Pagar, cuja não execução, em geral, resulta em cancelamentos. AS SUGESTÕES FORAM APROVADAS E FORAM INDICADOS OS CONSELHEIROS GERALDO ADÃO, HEDER MURARI E CARLOS CORRÊA MARTINS PARA COMPOR A COMISSÃO QUE IRÁ PROCEDER AO ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA EC-29.

#### **ITEM 11 - APLICAÇÃO DA NOB 96: PROGRESSOS, PROBLEMAS E PERSPECTIVAS**

Dr. Renilson Rehem, Secretário da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, iniciou sua



exposição destacando a evolução significativa do processo de descentralização do SUS, considerando-o, atualmente, irreversível. Em seguida, passou a palavra à Dra. Maria Helena Brandão, que falou sobre os aspectos da descentralização com relação à aplicação da NOB 96, lembrando que o processo de descentralização começara a ser discutido a partir da NOB 93, a qual instituiu o sistema de transferência fundo a fundo e, em seguida, das tendências da gestão instituídas pela NOB 95. Por conseguinte, a NOB 96 propusera novas formas de gestão, gerando a seguinte situação: municípios não habilitados, municípios habilitados em gestão de atenção básica, municípios habilitados em gestão plena do sistema, além do Distrito Federal, também habilitado na gestão plena do sistema. Fez, ainda, alusão às características dos municípios habilitados no que se refere ao PAB, procedimentos de alta complexidade, número de leitos, AIH's, dentre outros, e destacou os problemas identificados a partir da avaliação da aplicação da NOB 96 em estados e municípios: 1) existência de gestão pública, garantindo o acesso do usuário e a qualidade de serviço; 2) interligação entre os sistemas municipais, com vistas à garantia do papel regulador do estado; e 3) necessidade de expansão do conceito de Atenção Básica.

#### EXTRAPAUTA:

- 1) Foi aprovada, por unanimidade, moção de apoio do CNS à indicação da Pastoral da Criança para ao Prêmio Nobel da Paz.
- 2) Foram aprovadas as propostas de manifestação de solidariedade do CNS aos Conselheiros Olympio Távora e Gilson Cantarino, por motivo de perdas familiares.

## 103ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

### RESUMO EXECUTIVO – NOVEMBRO/2000

#### ABERTURA

Aos oito e nove, dias de novembro de dois mil, às dez horas, na sala de reunião "Conselheiro Omilton Visconde" do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Terceira Reunião Ordinária do CNS.

#### APROVAÇÃO DAS ATAS

Colocada em apreciação a ata da 102.ª Reunião Ordinária do CNS, foi considerada aprovada.

#### INFORMES

**1) Aspectos do Cumprimento do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos reiterou a necessidade de comunicação prévia de substituição do titular pelo suplente, com antecedência de cinco dias, para encaminhamento do PTA e do material de apoio. Falou, ainda, sobre o cumprimento dos horários da

pauta das reuniões, procedimento para inscrições de informes, frequência dos Conselheiros (principalmente no que diz respeito aos Ministérios da Agricultura e do Abastecimento; do Trabalho e Emprego; e da CONTAG) e configuração das pautas (com a agenda básica do CNS/2000 e nas pautas dos Conselhos Estaduais de Saúde).

**2) Atividades do Grupo de Trabalho de Acesso, Humanização e Atendimento** - O Conselheiro Geraldo Adão informou que fora elaborado novo relatório, com base nas discussões ocorridas na reunião anterior, contemplando as sugestões apresentadas pelos Conselheiros na ocasião. Destacou as propostas encaminhadas pelos Conselheiros Maria Lêda Dantas e Carlos Corrêa Martins, a saber: a) que o Ministério da Saúde desenvolva ações no sentido de ampliar a Atenção Básica Domiciliar de Saúde como estratégia de humanização; e b) que o Ministério da Saúde e o CNS estudem a possibilidade de desenvolvimento de campanha permanente de esclarecimento e informação aos usuários sobre: O que é o SUS? Como funciona? Quais são os direitos do usuário?

**3) Declaração de Helsinque** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que a manifestação do CNS pela manutenção do texto da referida Declaração havia sido decisiva para a realização de reunião entre as Associações Médicas de todos os países do mundo, onde o tema fora debatido exaustivamente, ficando acordada a manutenção do texto da Declaração Internacional de Helsinque.

**4) Audiências Públicas do Conselho Nacional de Educação sobre Diretrizes Curriculares de Ensino na Área da Saúde** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que o cronograma das referidas audiências fora estabelecido para o primeiro semestre de dois mil e um, o que permitia maior articulação e fortalecimento da participação do CNS.

**5) Encaminhamento dos Seminários Macrorregionais da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos lembrou que os relatos dos cinco Seminários Macrorregionais ocorreram durante o Congresso da ABRASCO, realizado em Salvador-BA, informando que os mesmos haviam sido compilados no documento "Princípios e Diretrizes para a NOB de Recursos Humanos no SUS", e constavam das pastas dos Conselheiros. Acrescentou que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos realizaria Reunião Extraordinária no dia treze de novembro/2000, e que aguardava as sugestões e encaminhamentos dos Conselheiros com relação ao documento, visto que o mesmo seria apresentado na 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

**6) Fórum "Rede Unida"** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que constava das pastas dos Conselheiros o documento da Rede Unida sobre experiência avançada de integração serviço/ensino.

**7) Conselhos Estaduais de Saúde** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos lembrou que fora objeto de debate na 102.ª Reunião Ordinária do CNS a questão

da composição de determinados Conselhos Estaduais de Saúde, sendo encaminhado documento ao Ministério Público, que se manifestara, comprometendo-se a impetrar ação de inconstitucionalidade aos Conselhos Estaduais e Municipais que estão admitindo parlamentares em suas composições.

**8) Projeto de Lei que cria, no âmbito do SUS, Comissões de Gestores** - O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que constava das pastas dos Conselheiros a cópia do Projeto de Lei, para que os conselheiros fizessem o devido estudo, visto que o assunto seria contemplado na pauta da próxima reunião ordinária do CNS. Por sugestão do Conselheiro Carlyle G. Macedo, foi designado o Conselheiro Jocélio Drummond como relator do tema.

**9) Acompanhamento da execução das atividades de controle do câncer Cérvico-Uterino** - A Conselheira Clair Castilhos informou que, no decorrer da Reunião da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU), fora evidenciada a dificuldade de informações, por parte do INCA, sobre as mulheres que apresentaram diagnóstico positivo, quando da Campanha do Câncer Cérvico-Uterino. Nesse sentido, a CISMU apresentava as seguintes solicitações: I) que o CNS solicite ao órgão responsável pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico-Uterino um relatório da situação; e II) esclarecimentos quanto aos aspectos de gestão do referido Programa, em especial sobre a sua coerência com o processo de descentralização, com a compatibilização da organização dos serviços para o atendimento de rotina e com o caráter excepcional de pagamento dos procedimentos realizados. Apresentou, ainda, proposta de Recomendação, solicitando ao Ministério da Saúde que os Programas ou Campanhas referentes à Saúde da Mulher, no Brasil, sejam apreciados pela CISMU e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. A Conselheira distribuiu, também, uma Carta-Aberta encaminhada pela Rede Nacional Feminista de Saúde e dos Direitos Reprodutivos, que pleiteava que as ações de prevenção ao câncer de colo de útero fossem parte integrante de uma Política de Saúde e do Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher. Decidiram pautar para a próxima reunião um debate com todas as entidades envolvidas.

**10) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição** - O Conselheiro Augusto Alves Amorim informou sobre o andamento dos trabalhos da CIAN, destacando: I) realização do II Encontro do Conselho de Segurança Alimentar e respectivos Fóruns; II) realização de audiência com o Secretário de Políticas de Saúde; III) recebimento de Cartilha de Segurança Alimentar e Nutricional (Pastoral da Criança); IV) apresentação do Programa da Comunidade Ativa: Desenvolvimento Integrado e Sustentável; V) participação da CIAN na 11.ª Conferência Nacional de Saúde; VI) apresentação do tema "Saneamento Básico: o SUS e a Intersetorialidade"; VII) apresentação do tema CISVAN: Projeto de Mapeamento e Articulação do PACS/PSF; VIII) criação de CIANs nos Estados e Municípios; IX) plano de trabalho da CIAN para 2001; e

X) reestruturação da área de alimentação e nutrição no âmbito do Ministério da Saúde.

**11) O Conselheiro Mário Scheffer informou sobre a realização de Oficina de Trabalho**, nos dias 29 e 30 de novembro/2000, que teria como tema "Subsídios para uma Política de Comunicação para o SUS".

**12) O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que a Comissão Intersetorial da Saneamento e Meio-Ambiente (CISAMA)** promovera articulação com a Embratel e o Canal Saúde, que resultara na decisão de realizar um teledebate, no dia 05 de dezembro/2000, sobre as situações críticas decorrentes da falta de saneamento para a população e benefícios de uma política pública de priorização de saneamento e sua relação com a qualidade de vida e o meio-ambiente.

**13) A Conselheira Maria Lêda Dantas informou sobre a realização em Portugal, nos dias 24 a 27 de outubro/2000, do I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária**, onde fora identificada a ausência do tema sobre controle social.

## ITEM 02 - "POLÍTICA DE SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS"

A Conselheira Zilda Arns registrou a presença da Dra. Maria Vilma Bonifácio, médica especialista na área indígena, e do Dr. Roberto Guerreiro Marques, sanitarista da FUNASA. A seguir, a Conselheira destacou os principais pontos da Política de Saúde dos Povos Indígenas: I) capacitação de recursos humanos em contexto intercultural; II) monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; III) fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde; IV) promoção do uso adequado e racional dos medicamentos; V) promoção de ética em pesquisa envolvendo comunidades indígenas; e VI) promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena. Em seguida, a Dra. Maria Vilma Bonifácio fez considerações sobre as especificidades da população indígena, destacando a interface entre a cultura indígena e o Sistema Único de Saúde; e elogiando o processo democrático de discussão, no que se refere à Política de Saúde dos Povos Indígenas. Em seguida, apresentou as bases legais para a execução da referida política (Decreto n.º 3.156/1999, Lei 9.836/1999 e Medida Provisória n.º 19 de 11.08) e as estratégias de implementação da mesma (34 distritos indígenas). Fez alusão, também, ao processo de capacitação de recursos humanos e conselheiros de saúde, às doenças de maior ocorrência entre as populações indígenas, à estruturação do Departamento de Saúde Indígena e ao volume de recursos do Ministério da Saúde investido para essa população. A VERSÃO PRELIMINAR DO DOCUMENTO FOI CONSIDERADA APROVADA PELO CNS. (VER ANEXOS)

## ITEM 03 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS E NOB-96

O Conselheiro Carlyle G. Macedo apresentou proposta de criação de Grupo de Trabalho para proceder

à análise da proposta e do acompanhamento do processo de descentralização do SUS, tendo como base as discussões e os documentos anteriormente apresentados. O referido grupo seria coordenado pelo próprio Conselheiro e composto pelas seguintes representações: Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, usuários e prestadores de saúde como titulares; e, como suplente, a representação dos profissionais de saúde. A proposta foi aprovada.

#### **ITEM 04 - MINUTA - CONSELHOS DE SAÚDE - APRESENTADA NA 102.ª REUNIÃO ORDINÁRIA PELO CONSELHEIRO CLÁUDIO DUARTE**

O Conselheiro Cláudio Duarte lembrou que fora anteriormente distribuída Minuta de Decreto indagando sobre a possibilidade de transformá-lo em dois instrumentos: um para tratar da questão dos planos e relatórios de gestão; e outro para tratar da competência e composição do Conselho Nacional de Saúde. Observou, ainda, que estava sendo estudada a possibilidade de que algumas contribuições passassem a integrar o Regimento Interno do CNS, de forma a não dilatar o texto do Decreto.

#### **ITEM 05 - RELATO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA 11.ª CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE**

A Conselheira Rita de Cássia B. Barata apresentou o documento "Propostas para as Mesas-Redondas para a 11.ª Conferência Nacional de Saúde" que, após as discussões, foi aprovada com o seguinte teor: I) Avaliação do controle social nos dez anos de SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde: a) Coordenador: b) Expositores: i) Discussão referente às formas de representação de interesse, legitimidade, atuação política dos Conselhos de Saúde e em que medida essa atuação é capaz de influenciar a definição de prioridades e garantir a realização do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde (Laura Tavares, Amélia Cohn, Marco Aurélio Nogueira, Eleonor Menecucci); ii) Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado. A função do Ministério Público, do poder Legislativo e do poder Judiciário no controle social e na garantia de acesso, qualidade e humanização (José Geraldo de Souza, Raquel Ferreira Dodge, Humberto Jacques de Medeiros, Marco Antônio Teixeira); iii) Relações entre gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e o controle social. As relações políticas entre gestores e conselhos. A relação entre gestores e representações profissionais (Gilson Cantarino O'Dowry, Júlio Müller, Maria José Morais Antunes); iv) O controle social na perspectiva dos usuários do SUS (Mônica Valente, Eleonora Menecucci, Vicente Paula da Silva, Marco Manfredini); II) Financiamento e responsabilidades das três esferas político-administrativas para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: a) Coordenador: José Luiz Spigolon; b) Expositores: i) A utilização dos recursos financeiros atendendo necessidades e avaliando resultados (Eduardo Jorge, Jandira Fegalli, Carlos Mosconi e Valdir Pires); ii)

Balanco do financiamento da atenção à saúde no Brasil (Barjas Negri e Geraldo Biazoto); iii) Alocação de recursos para a promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos com qualidade e humanização (Sulamis Doim, Maria Luíza Jaeger e Neilton Araújo); iv) Formas de remuneração dos recursos humanos em saúde. Os incentivos e gratificações. Plano de Carreira e Salários (Eliane Cruz, José Carlos Silva, Lady Meneguethi); e III) Modelo assistencial e de gestão para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: a) Coordenador: Cláudio Duarte; Expositores: i) Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no País. Sistemas de informação em saúde na identificação da diversidade e de problemas no planejamento e gestão (Maurício Lima Barreto, Aldaíza Sposati); ii) Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde (Maria Luíza Jaeger, Gastão Wagner de Sousa Campos e Paulo Santana); iii) A percepção dos usuários em relação ao funcionamento do SUS. Os problemas relativos ao acesso, qualidade e humanização (Maria Bethânia D'Avila, Carmem Fogaça e Adalgisa Balsemão); iv) Transformação dos recursos humanos em profissionais comprometidos com um sistema de saúde acessível, de qualidade e humanizado (Conceição Rezende, Maria Helena Machado, José Carlos Silva, Ricardo Cechin e Lara Xavier). Por sugestão dos Conselheiros Jocélio Drummond e Gilson Cantarino, será reservado espaço, durante a 11.ª Conferência Nacional de Saúde, para prestar homenagem aos Presidentes das três últimas Conferências Nacionais de Saúde.

#### **ITEM 07 - "POLÍTICA DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA"**

O Coordenador da mesa, Conselheiro Jocélio Drummond, informou que o debate tinha como objetivo o conhecimento e aprovação da proposta de Política de Saúde dos Portadores de Deficiência e a definição do espaço adequado para execução dessa Política no Ministério da Saúde. Passou, então, a palavra à Prof.ª Linamara R. Batistela, representante da SAS/MS, que falou sobre o documento "Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência", composto pelos seguintes tópicos: 1) Introdução; 2) Propósito: reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social –, e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências; 3) Diretrizes: 3.1) promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência; 3.2) assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; 3.3) prevenção de deficiências; 3.4) fortalecimento dos mecanismos de informação; 3.5) organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e 3.6) capacitação de recursos humanos; 4) Responsabilidades Institucionais: 4.1)

articulação setorial; 4.2) responsabilidades do Gestor Federal do SUS - Ministério da Saúde; 4.3) responsabilidades do Gestor Estadual de Saúde - Secretaria Estadual de Saúde; e 4.4) responsabilidades do Gestor Municipal de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente; 5) Acompanhamento e Avaliação; 6) Terminologia; e 7) Bibliografia Consultada. A seguir, o Dr. Pedrosa teceu comentários sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, no âmbito do Ministério da Saúde, especialmente da Secretaria de Assistência à Saúde, que instituirá grupo técnico para avaliar, aprimorar e implementar (com base nas diretrizes estabelecidas pelo documento apresentado) a área de atenção básica voltada para as pessoas portadoras de deficiência. A Conselheira Isabel Maria Madeira de L. Maior foi designada relatora da matéria, comprometendo-se a estudá-la e apresentar relatório sobre a mesma na 104.ª Reunião Ordinária do CNS (VER ANEXOS).

#### ITEM 08 - RELATO DO PEDIDO DE VISTAS DA PROPOSTA SOBRE O RELATÓRIO DA CPI DOS MEDICAMENTOS

A Conselheira Clair Castilhos apresentou o relatório do pedido de vistas da Proposta apresentada sobre o Relatório da CPI dos Medicamentos, discutido na 101.ª Reunião Ordinária do CNS, o qual tomara como base os considerados pontos críticos e para os quais identificara as seguintes questões: 1) verifica-se que as empresas de capital estrangeiro, que são, em sua maior parte, subsidiárias de laboratórios internacionais, têm mantido, historicamente, uma participação da ordem de 70% do faturamento total do setor farmacêutico do Brasil e que tais empresas adquirem a maior parte de suas necessidades de insumo de fontes externas, em especial de suas casas matrizes, o que gera uma forte dependência do Brasil na obtenção de importantes insumos de países detentores de capacitação tecnológica e, algumas vezes, de monopólio mundial na distribuição de fármacos; 2) as investigações da CPI mostraram o quão urgente é o Brasil avançar na área da pesquisa e da tecnologia; 3) o Ministério da Saúde reconhece que o segmento social que possui renda de zero a quatro salários mínimos (51% da população brasileira), consome apenas 16% do mercado e tem uma despesa média anual de U\$ 18,95 *per capita*, ao contrário do grupo de 15% de brasileiros que é responsável por cerca de 48% do faturamento do setor, com um gasto médio anual de U\$ 205. Esse fato demonstra a distorção existente no setor, especialmente no que se refere ao acesso dos medicamentos essenciais, o que implica em um processo de reorientação da assistência farmacêutica; 4) fica notória a importância de uma Política de Assistência Farmacêutica no SUS, para permitir o acesso aos medicamentos à fatia menos favorecida da população brasileira; 5) os financiamentos devem privilegiar o estímulo ao estabelecimento, ampliação e modernização de um sistema eficiente de laboratórios oficiais de ensaios e análises de qualidade, bem como um sistema permanente de informações sobre medicamentos genéricos; 6) a

necessidade de uma revisão imediata da lista de medicamentos de referência, para o registro dos medicamentos genéricos, tendo como base a RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; 7) a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o CNS deverão ser responsáveis pela aplicação de um Programa de Informação Técnica aos profissionais de saúde sobre o uso dos medicamentos registrados no Ministério da Saúde; e 8) a necessidade de elaboração de Política e Tecnologia, integrando ciência e pesquisa em laboratórios oficiais e universitários, visando a pesquisa e o desenvolvimento de insumos farmacêuticos, a fim de diminuir gradativamente a dependência externa do País e criar uma referência em termos de custos. Além disso, a Conselheira apresentou algumas alterações de forma na redação do documento apresentado, que em sua maioria, foram acatadas pelo Conselheiro Mozart Abreu e Lima.

#### ITEM 09 - RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN/CNS

O Prof. Elias Jorge apresentou e fez os devidos esclarecimentos sobre o relatório da Comissão de Orçamento e Financiamento, composto pelos seguintes itens: 1) execução orçamentária do Ministério da Saúde; 2) arrecadação da União, pela Secretaria da Receita Federal; 3) execução orçamentária do Governo Federal (setembro/2000); 4) orçamento 2001 (Ministério da Saúde e União); 5) vinculação constitucional de receitas para a Saúde - Emenda Constitucional nº 29; 6) SIOPS - Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde; 7) plano de trabalho da COFIN/CNS para o ano 2000; e 8) sugestões e encaminhamentos ao Plenário: a) que o CNS autorize a Coordenação-Geral do Conselho Nacional de Saúde e esta Comissão a articularem, juntamente com CAS, CSSF, PFDC, a realização de fórum com os Tribunais de Contas da União, Estados e Municípios para definir critérios de operacionalização da EC n.º 29; b) que seja aprovado o presente relatório e as sugestões nele contidas, considerando-o anexo à ata da 103.ª Reunião Ordinária. O CNS decidiu elaborar moção no sentido de ampliar os limites de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. Decidiram reativar a Comissão destinada a dialogar com o Senhor Ministro da Saúde, composta pelos Conselheiros Artur Custódio M. de Sousa, Maria Lêda Dantas, José Carvalho de Noronha, Nilzo Ribeiro, Carlyle G. Macedo, Neide Regina Barriguelli e Carlos Corrêa Martins.

### MOÇÕES

#### TEMA: mecanismos de financiamento do SUS N.º 006/09 DE NOVEMBRO DE 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de novembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela



Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Considerando:

- a) O excelente desempenho das receitas das Contribuições Sociais no ano 2000, mais que 32% acima do ano de 1999, especialmente da COFINS e CPMF;
- b) A Lei Orçamentária da União do ano 2000 para o Ministério da Saúde e as Leis e Decretos de suplementação, aprovados e editados entre 21.09.00 e 27.10.00;
- c) O Decreto n.º 3473, de 18.05.00, que estabeleceu limites na execução orçamentária e financeira da União no ano 2000; e
- d) A necessidade imperiosa da execução orçamentária e financeira, integralmente, no ano 2000, inclusive do item Restos a Pagar de 1999, sem o que, não somente a população é drasticamente penalizada com desassistência, como é desestruturada a inabdicável e complexa construção do Sistema Único de Saúde.

**Vem a público alertar as autoridades responsáveis e instá-las a:**

- 1) Reedição, de imediato, do Decreto n.º 3.473, de 18.05.00, ampliando os limites, e permitindo o empenho dos recursos já aprovados em Lei e Decretos de suplementação; e
- 2) Liberação imediata de R\$ 1,5 bilhões para o pagamento dos serviços prestados pelo SUS à população, nos meses de outubro e novembro.

**Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 113.ª Reunião Ordinária.**

## 104ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS RESUMO EXECUTIVO – DEZEMBRO/2000

### ABERTURA

Aos seis e sete dias de dezembro de dois mil, às dez horas, na sala de reunião "Conselheiro Omilton Visconde" do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Quarta Reunião Ordinária do CNS.

### APROVAÇÃO DAS ATAS

Colocada em apreciação a ata da 103.ª Reunião Ordinária do CNS, o Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que seria efetuada ressalva com relação à constituição do Grupo de Trabalho designado para estabelecer contato com o Senhor Ministro da Saúde, no que se refere ao seu caráter, pois não seria um grupo permanente, e sim para discutir questões pontuais, conforme a sua necessidade e urgência. A Conselheira Maria Lêda Dantas observou que a sua colocação com relação à questão da dislexia, citada no item "Política de Saúde dos Portadores de Deficiência", fora identificada pelo Dr. Adney de Moraes Pereira, da SPS. Disse, ainda, que o seu informe sobre o I Encontro Luso-Brasileiro de

Medicina Geral, Familiar e Comunitária tivera como objetivo principal destacar a importância da participação do Conselho Nacional de Saúde nesse evento, e solicitou que fosse inserida no texto da ata a sua observação com relação ao bom desempenho de Portugal com relação à estruturação do plano de carreira de recursos humanos do Programa Saúde da Família. A ata foi considerada aprovada, com essas alterações.

### INFORMES

**1) Aspectos específicos da pauta e informes gerais:** O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos fez comentários sobre: 1) confraternização dos Conselheiros do CNS; 2) material de apoio constante das pastas dos Conselheiros; 3) suplência de Conselheiros (dois suplentes para cada Conselheiro). Visando complementar informes pendentes na reunião anterior do CNS, passou a palavra aos Conselheiros José Carvalho de Noronha e William Saad, que falaram sobre a Reunião Extraordinária da Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia e CONEP/Declaração de Helsinque, respectivamente.

**2) Resolução/CNS sobre o Relatório da CPI dos Medicamentos:** O Coordenador apresentou aos Conselheiros a revisão final do texto da Resolução/CNS sobre o relatório da CPI de Medicamentos, já aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

**3) Resultados da Oficina de Trabalho de Comunicação Social em Saúde, realizada em 29 e 30 de novembro/2000:** O Conselheiro Mário Scheffer informou que o evento fora realizado graças à parceria entre a FIOCRUZ, a ABRASCO, o CNS e a Comissão de Comunicação Social/CNS, e tivera como pauta a 11.ª Conferência Nacional de Saúde e a elaboração de propostas concretas para a construção de uma Política de Comunicação com vistas a fortalecer o controle social do SUS.

**4) Teledebate sobre saneamento e meio ambiente - dia 05/12/2000:** O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou que constava das pastas dos Conselheiros um *folder* informativo sobre o Teledebate realizado no dia 05 de dezembro/2000, via Embratel, sobre saneamento e meio ambiente.

**5) Programa de Doação Voluntária de Sangue:** A Conselheira Zilda Arns lembrou que, em novembro/1999, haviam sido aprovadas diretrizes básicas para a doação voluntária de sangue; e designado Grupo de Trabalho, que não se reunira pelo fato de que o Ministério da Saúde também constituiria Grupo de Trabalho seguindo as diretrizes estabelecidas pelo CNS. Em seguida, apresentou aos Conselheiros a seguinte proposta de Recomendação: 1) posicionar-se positivamente quanto ao prosseguimento do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; 2) desenvolver ações conjuntas com as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde, objetivando o cumprimento da legislação; e 3) dirigir-se aos Secretários Estaduais de Saúde, assim

como aos Secretários Municipais de Saúde, solicitando-lhes a promoção de suporte às Unidades, com a participação dos Conselhos Estaduais de Saúde, com vistas a atender às demandas do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. COLOCADA EM APRECIÇÃO, COM ADEQUAÇÕES REDACIONAIS, A RECOMENDAÇÃO FOI APROVADA.

#### **6 4)ª Reunião das Secretarias Executivas dos CES e CNS:**

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos informou sobre a realização da 4.ª Reunião das Secretarias Executivas dos CES e CNS, nos dias 27 e 28 de novembro/2000, que debatera sobre os seguintes temas: 1) projeto de capacitação de membros do Ministério Público; 2) pesquisa sobre organização e funcionamento dos Conselhos; 3) catálogo de endereços de todos os Conselhos de Saúde; 4) formação de rede de comunicação e novo site do CNS; 5) organização da 11.ª Conferência Nacional de Saúde; e 6) intercâmbio das agendas básicas dos Conselhos Estaduais de Saúde e do CNS.

#### **7) Andamento do cadastro dos Conselhos de Saúde e da pesquisa sobre estrutura e funcionamento dos Conselhos; e novo site do CNS:**

O jornalista Paulo Henrique, representante da Assessoria de Comunicação Social do CNS, fez alusão aos seguintes produtos que estavam sendo preparados pelo CNS para a 11.ª Conferência Nacional de Saúde: 1) pesquisa para identificação dos Conselhos de Saúde do País, abordando temas como localização e estrutura; 2) catálogo de endereços dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde; 3) novo site do CNS; e 4) revista periódica (quadrimestral) abordando temas relativos ao controle social.

#### **8) Prática do controle social através dos Conselhos de Saúde - "Quatorze Reflexões" - texto-subsídio para discussões e definições dos Conselhos de Saúde em 2001:**

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos fez a exposição do documento "A Prática do Controle Social Através dos Conselhos de Saúde", contendo quatorze reflexões para os Conselheiros Estaduais e do Nacional de Saúde, a saber: 1) atribuições legais e o espaço de atuação dos Conselhos de Saúde; 2) os objetivos e os grandes objetos de atuação dos Conselhos de Saúde; 3) relações do Conselho de Saúde e a Gestão; 4) relações entre os representantes de segmentos e entidades dentro de cada Conselho; 5) critérios básicos da elaboração das pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde; 6) aspectos importantes da aprovação das deliberações dos Conselhos de Saúde; 7) o papel das Comissões dos Conselhos de Saúde; 8) relações dos Conselhos de Saúde com as entidades e segmentos representados no Conselho; 9) relações do Conselho de Saúde e o Poder Legislativo; 10) relações dos Conselhos de Saúde entre si; 11) as raízes do controle social na área da Saúde; 12) o controle social e a democratização dos governos e do estado; 13) o controle social por meio dos Conselhos de Saúde; e 14) aspectos da conjuntura da reforma sanitária brasileira.

#### **ITEM 01 - PROPOSTA DO PAINEL DE RECURSOS HUMANOS DO ATENDIMENTO NO SUS**

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos apresentou a proposta do Painel de Recursos Humanos do Atendimento no SUS, o qual abordaria temas como: "A gestão do trabalho no SUS: princípios e diretrizes para a NOB-RH/SUS"; e "Diretrizes Curriculares para o ensino médio e superior dos profissionais de saúde".

#### **ITEM 03 - RELATO DO GT/CNS DE ACESSO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NO SUS**

A Conselheira Zenite B. Freitas informou que o relatório apresentado pelo Grupo de Trabalho de Acesso e Humanização do Atendimento no SUS, na 102.ª Reunião Ordinária do CNS, fora reformulado, contemplando as sugestões encaminhadas pelos Conselheiros. O Conselheiro Geraldo Adão apresentou as propostas elaboradas pelo referido Grupo de Trabalho, sobre as quais, após as discussões, decidiu-se o seu encaminhamento para apreciação na 11.ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, o seu retorno ao Conselho para votação.

#### **ITEM 04 - DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

O Dr. Gonzalo Veccina, Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, comentou que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, descentralizado, fora objeto de diversas discussões com a Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS e, posteriormente, aprovado pelo CONASS e pela Comissão Intergestores Tripartite. Informou que constavam do documento distribuído os critérios de repasse de recursos aos Estados, fundo a fundo; e fez os esclarecimentos sobre as transferências às unidades da federação no exercício de 2000, efetuadas por meio de *pro-lacen* e termo de ajuste (*per capita* e fato gerador).

#### **ITEM 05 - CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA**

A Dra. Maria Inês Gadelha, Chefe de Gabinete do Instituto Nacional do Câncer, fez a apresentação dos resultados do Programa do Controle do Câncer Cérvico-Uterino, lembrando que, a partir da incorporação do conceito do exame preventivo, fora possível desenvolver o Programa do Controle do Câncer Cérvico-Uterino em três fases: projeto-piloto, intensificação e implementação do Programa. O projeto-piloto identificara a população-alvo e as técnicas de mobilização dessa população, bem como as técnicas de coleta adequada e a padronização dos procedimentos. Já a fase de intensificação apontara para a necessidade de adequação do sistema de informação com vistas ao monitoramento das ações e ao pagamento dos procedimentos e, também, à definição das responsabilidades das três esferas de governo. Na terceira fase do Programa do Controle Cérvico-Uterino, o aprimoramento do sistema de informação continuara sendo o grande desafio e a

incorporação do PACS e PSF ao Programa representara grande ganho qualitativo para o mesmo. Além disso, ressaltou que foram intensificadas as ações de capacitação, bem como o redimensionamento do aparelhamento da rede de saúde. Fez, ainda, alusão aos procedimentos executados com relação às, aproximadamente, duas mil mulheres não localizadas pelo Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino.

#### **ITEM 06 - ANDAMENTO DA ORGANIZAÇÃO DA 11.ª CONFERÊNCIA**

A Conselheira Rita de Cássia B. Barata apresentou aos Conselheiros a Minuta do Programa Oficial da 11.ª Conferência Nacional de Saúde, relatando aos mesmos o pedido do Deputado Eduardo Jorge de que a exposição do tema "A utilização dos recursos financeiros vinculados para a saúde no atendimento às necessidades. A regulamentação da Emenda Constitucional 29", constante da II Mesa Redonda - Financiamento e responsabilidades das três esferas político-administrativas para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social, fosse feita pelo Deputado Ursicino Queiroz, por entender que o mesmo tem atuação fundamental junto ao movimento social. A ALTERAÇÃO FOI APROVADA, BEM COMO A SUGESTÃO DO CONSELHEIRO AUGUSTO ALVES AMORIM DE PRESTAR HOMENAGEM AO DEPUTADO EDUARDO JORGE. A Conselheira Rita de Cássia B. Barata submeteu aos Conselheiros, também, a proposta de inclusão de Seção de Abertura e da Mesa-Redonda "SUS - Revendo a Trajetória e Projetando o Futuro", coordenada pelo Sr. Márcio Almeida, ambas realizadas no dia 15/12/2000. A PROPOSTA FOI APROVADA.

#### **ITEM 07 - APLICAÇÃO DOS ARTIGOS 11 E 12 DO REGIMENTO INTERNO DO CNS, E ALTERAÇÃO DO ARTIGO 15**

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos, referindo-se ao artigo 15 do Regimento Interno, observou que a Comissão de Coordenação-Geral sugeriria que as deliberações do CNS tivessem, também, o formato de "Decisões" e/ou "Resoluções Não Homologadas". Após discussões, decidiram procurar assessoramento jurídico para a definição e denominação apropriada de atos dessa natureza.

#### **ITEM 08 - RELATÓRIO DA MESA REDONDA "POLÍTICA DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA"**

A Conselheira Izabel M. M. de Loureiro Maior fez apresentação do Relatório da Mesa Redonda "Política de Saúde dos Portadores de Deficiência", que propõe as seguintes alterações ao documento inicial: I) substituição do Decreto n.º 914/1993, já revogado, pelo Decreto n.º 3298/1999 nos parágrafos 1.º e 84; II) inclusão de parágrafo 100, com a seguinte redação: "Serão consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência os métodos e as

técnicas específicas para garantir ações voltadas para saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas"; III) inclusão, no item 4.1 - Articulação Intersectorial do parágrafo 155, com a seguinte redação: "A Inclusão, na rede do SUS, de unidades da rede da Assistência Social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinar especializada, para atendimento de todos os tipos de deficiência"; IV) exclusão do parágrafo 157. O relatório apresenta, ainda, as seguintes recomendações: I) que o CNS envie o documento para as demais instâncias deliberativas (considerando-se a necessidade de que o tema seja tratado na esfera da saúde suplementar), propugnando por sua homologação pelo Ministério da Saúde; II) a inclusão do tema na pauta da reunião do CNS de fevereiro/2001, para apresentação dos seguintes pontos: recomposição dos valores dos procedimentos de reabilitação das tabelas do SAI e do SIH/SUS, bem como do fluxo de recursos destinados à concessão de órteses e próteses com percentual definido e, ainda, uma proposta de reestruturação do Programa de Atenção à Saúde da Portadora de Deficiência, nos moldes da Portaria SAS n.º 827/1991; III) constituição de Grupo de Trabalho do CNS para estudo das questões acima levantadas. COLOCADO EM APRECIÇÃO, O RELATÓRIO FOI APROVADO, BEM COMO A PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA".

#### **ITEM 09 - RELATO DAS ÚLTIMAS REUNIÕES DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE - APRESENTAÇÃO DO GT/CNS PARA DISTRIZES PARA O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO**

#### **ITEM 10 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO ANO 2000: QUESTÕES E EQUACIONAMENTOS**

O Dr. Barjas Negri, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, fez exposição sobre as questões orçamentária e financeira do Orçamento/2001. Em seguida, o Dr. Renilson Renhen dispôs sobre o Novo Modelo Assistencial do SUS, passando a palavra à Dra. Maria Helena Machado, que abordou as dificuldades identificadas, as quais apontaram para a necessidade de reformulação do Modelo Assistencial do SUS, por meio da regionalização da assistência à saúde, e fez a apresentação e os devidos esclarecimentos sobre a Minuta de Portaria (ou Instrução Normativa) referente à regionalização da assistência à saúde, composta pelos seguintes itens: 1) Regionalização: 1.1) com relação às diretrizes gerais para o processo de regionalização e elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Assistência; 1.2) com relação à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica; 1.3) com relação à qualificação das microrregiões na assistência à saúde; 1.4) com relação à organização dos serviços de média complexidade; 1.5) com relação à política de atenção de alta complexidade/custo no SUS; 2) Fortalecimento

da Capacidade de Gestão no SUS: 2.1) sobre o processo de programação da assistência; 2.2) sobre as responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso à população referenciada; 2.3) sobre o processo de controle e avaliação; 2.4) sobre o processo regulatório assistencial; 2.5) sobre os hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo; 3) Revisão dos Critérios de Habilitação e de Desabilitação de Municípios e Estados: 3.1) com relação aos processos de habilitação e de desabilitação dos municípios; 3.2) com relação aos processos de habilitação e de desabilitação dos estados; 4) Anexos: 4.1) responsabilidades e ações estratégicas da atenção básica; 4.2) elenco de procedimentos básicos ampliado; 4.3) elenco de procedimentos de média complexidade a ser ofertado, no âmbito microrregional; 4.4) termo de compromisso para garantia de acesso (minuta); 4.5) termo de compromisso/formalização da contratação de serviços em entes públicos. O Conselheiro Carlyle G. Macedo fez a apresentação do relatório do Grupo de Trabalho destinado a apreciar o documento apresentado, FICANDO APROVADA A REALIZAÇÃO DE REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS, NO DIA 15/12/2000, PARA A APROVAÇÃO FINAL. A seguir, o Prof. Elias Jorge fez a apresentação do Relatório da Comissão/CNS de Orçamento e Financiamento, o qual abordava os seguintes tópicos: 1) Execução Orçamentária do Ministério da Saúde; 2) Arrecadação da União, pela Secretaria da Receita Federal; 3) Execução Orçamentária do Governo Federal em outubro/2000; 4) Orçamento 2001 - Ministério da Saúde e União; 5) Vinculação Constitucional de receitas para a Saúde - Emenda Constitucional n.º 29; 6) SIOPS - Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde; 7) Plano de Trabalho da CONFIN para o ano 2001; e 8) Sugestões e encaminhamentos ao Plenário: a) que o Plenário autorize à Coordenação-Geral do CNS e à CONFIN que procedam à articulação, juntamente com CAS, CSSF, PFDC, da realização de fórum com os Tribunais de Contas da União, Estados e Municípios para definir critérios para a operacionalização da EC 29, levando-se em conta a Lei de Responsabilidade Fiscal; b) que o presente relatório seja incorporado ao material de apoio dos Delegados da 11.ª Conferência Nacional de Saúde; e c) que se aprove o presente relatório e as sugestões nele contidas, considerando-o, bem como o Material de Apoio, como anexos à ata desta 104.ª Reunião Ordinária. COLOCADO EM APRECIÇÃO, O RELATÓRIO FOI APROVADO. FOI APROVADA, TAMBÉM, A SUGESTÃO DE CONSTITUIÇÃO DE GRUPO DE CONSELHEIROS PARA COMPARECER À AUDIÊNCIA COM O EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA REPÚBLICA, FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, COMPOSTO PELOS CONSELHEIROS CARLYLE G. MACEDO, AUGUSTO ALVES AMORIM, ZILDA ARNS, MARIA NATIVIDADE GOMES TEIXEIRA SANTANA, GILSON CANTARINO E CLIMÉRIO RANGEL, PARA DEBATER SOBRE O CONTINGENCIAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Senhor Ministro da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde, José

Serra, fez pronunciamento com destaque para os trabalhos do ano 2000 que foram produtivos. No âmbito do Ministério da Saúde, ressaltou o Programa de Saúde da Família, a PEC da Saúde e o avanço da introdução dos medicamentos genéricos na sociedade.

## ITEM 11 - CALENDÁRIO DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS

O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos submeteu aos Conselheiros o Calendário das Reuniões Ordinárias do Conselho Nacional de Saúde, aprovado com a alteração da data da reunião do mês de setembro/2001, devido ao feriado.

## RESOLUÇÕES

### TEMA: III Conferência Nacional de Saúde Indígena N.º 306/ 15 DE DEZEMBRO DE 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 19.ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 15 de dezembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

A aprovação do Regimento Interno da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, em sua 104.ª Reunião Ordinária, nos dias 06 e 07 de dezembro de 2000.

#### RESOLVE:

1. Aprovar o nome do Coordenador e das Entidades que comporão o Comitê Executivo da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, a ser realizada no período de 14 a 18 de maio de 2001.

- Coordenador: Ubiratan Pedrosa
- CAPOIB - Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil
- CISI - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
- CIMI - Conselho Indigenista Missionário
- ISA - Instituto Socioambiental
- FUNAI - Fundação Nacional do Índio
- MS - Ministério da Saúde
- FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
- SPS - Secretaria de Políticas de Saúde
- CNBB - Pastoral da Criança
- Fórum Nacional de Trabalhadores de Saúde

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**Aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, em 15 de dezembro de 2000.**



**TEMA: Diretrizes para regionalização do SUS  
N.º 307/ 07 DE DEZEMBRO DE 2000.**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 104.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de dezembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando:

1. A importância da regionalização para organização estrutural e funcional da atenção à saúde no SUS e para a consolidação do processo de descentralização;
2. A determinação constitucional contida no artigo 128 da Constituição Federal; e
3. O primeiro relatório do Grupo de Trabalho estabelecido por sua 103.ª Reunião Ordinária, para estudar a matéria com base nos documentos preparados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS;

**RESOLVE:**

1. Apoiar a iniciativa do Ministério da Saúde, através da SAS e em discussão na CIT, de promover a regionalização dos serviços e da atenção à saúde como estratégia necessária à organização do Sistema e consolidação de sua descentralização;

2. Estabelecer os seguintes Princípios e Diretrizes Gerais para a Regionalização no SUS:

2.1 A Equidade como eixo organizador principal da atenção, que implique:

- a) em estratégia para a Universalidade e a Integralidade (cobertura e acesso);
- b) na melhor qualidade possível, medida pela capacidade de resolução dos problemas e pela satisfação gerada; e
- c) na maior eficiência, definida sempre em função dos objetivos do Sistema.

O desempenho global do SUS regionalizado será medido principalmente por sua eficácia e satisfação sociais.

2.2 Unidade de comando da gestão em cada nível de governo.

2.3 Solidariedade e complementaridade entre gestores, que implica em:

- a) um processo permanente e efetivo de pactuação;
- b) financiamento solidário, com ênfase atual na centralidade da responsabilidade federal e no cumprimento das disposições da E.C. 29;
- c) planejamento e programação, inclusive dos orçamentos integrais e pactuados, contemplando a totalidade dos recursos disponíveis com a especificação da sua aplicação, segundo a origem institucional dos recursos e com diretrizes gerais comuns, e capacidade de ajuste a situações específicas; e
- d) mecanismos participativos de pactuação e de gestão em todos os âmbitos de gestão e de atenção. As "Comissões Intergestores" constituem o principal mecanismo de pactuação, como espaços de negociação coletiva cujas conclusões serão sempre por consenso, e devem ser formalizadas posteriormente em decisões das

autoridades/instituições responsáveis correspondentes a cada esfera de Governo.

2.4 Responsabilização, que exige absoluta transparência de ação e mecanismos setoriais eficazes de acompanhamento, controle, avaliação e revisão, tanto institucionais como sociais.

2.5 Responsabilidade estratégica dos Estados, que significa especialmente assumir a condução do processo, a regulação e a mediação intermunicipais, e a gestão das referências intermunicipais de atendimento, garantindo o acesso para todos.

2.6 Papel dos municípios como gestores únicos em seus territórios, na medida em que aceitem as responsabilidades correspondentes e se qualifiquem para exercê-las.

2.7 Os gestores, em cada nível de Governo, estão obrigados ao cumprimento das normas comuns a todo o Sistema, pactuadas entre si ou adotadas em função de prerrogativas exclusivas, legalmente estabelecidas. Um equilíbrio adequado entre os requisitos da unidade do Sistema e da especificidade de situações deve ser alcançado nesse processo. Em consequência, a faculdade normativa, em cada esfera de Governo, deve ser exercida com cuidado e critério, tendo em vista especialmente:

- a) o equilíbrio entre a unidade do Sistema e as especificidades das situações concretas;
- b) o equilíbrio entre a especificação e a promoção de prioridades mais gerais (nacionais, estaduais, regionais), as condições epidemiológicas e operacionais particulares (prioridades próprias) e as necessidades de integração e operacionalização das ações; e
- c) a factibilidade da aplicação pelos operadores responsáveis.

2.8 A preparação de políticas, planos e projetos de investimentos (criação de capacidade) a partir da identificação das necessidades do Sistema regionalizado. Deverão ser consideradas prioridades imediatas: a complementação da ABS e da assistência de média complexidade, especialmente de seu componente essencial; e o aumento da capacidade de gestão.

2.9 O fortalecimento do controle social por meio da satisfação de seus requisitos essenciais (transparência na gestão e gerência com informação oportuna e inteligível, organização e capacitação sociais e mecanismos de expressão); e do respeito (acatamento) das atribuições dos diversos mecanismos no processo, especialmente dos Conselhos de Saúde.

3. Estabelecer, adicionalmente, as diretrizes específicas a seguir:

A Regionalização será conformada sobre a definição dos "níveis de atenção" e de suas relações, dos "âmbitos de atenção" (espaços - populações adscritas) e das responsabilidades de gestão. A correspondência entre essas três instâncias organizacionais conformará a matriz funcional da regionalização.

3.1 Níveis de atenção

- a) Atenção Básica - conformada pelo conjunto de ações de atenção dirigidas às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente, que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de

enfermidades, lesões e riscos prevalentes e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de enfermidades e lesões comuns, e primeiro atendimento das mais complexas). A Atenção Básica deve estar facilmente acessível a toda a população, e ajustada às condições epidemiológicas locais.

No Brasil, dada a diversidade dos municípios, é ainda inviável dispor de uma atenção básica "completa", de resolatividade desejada, em todos eles. Está justificada, portanto, sua classificação em:

- i) ABS "simples", possível em todos os municípios; e
- ii) ABS "ampliada", disponível em municípios-pólos de microrregiões e acessível por "referência" assegurada, inclusive por demanda espontânea, às populações de todos os municípios integrantes da microrregião.

Os recursos do PAB serão definidos em conformidade com esta classificação. A parte referente à ampliação da ABS "simples", correspondente às populações dos municípios que ainda não disponham dessa ampliação, será gerida em geral pelos Estados e alocada aos municípios-pólo das microrregiões, com especificação a cada município de referência que a integre. Cada município poderá assumir a gestão dos recursos que lhe cabe quando estiver em condições de oferecer os serviços correspondentes.

O Programa da Saúde da Família (PSF), o mais potente programa indutor e estruturante da atenção à saúde no País, deverá se articular nesse esquema; a saúde da família constitui o núcleo modelador da ABS. Nesse sentido, sua expansão e ajuste às grandes cidades é uma necessidade prioritária.

b) Assistência de Média Complexidade - Este nível de atenção é também classificado em dois componentes:

i) MC "essencial", que complementa diretamente a ABS e deve ser tratada como um pacote, com ela. Em consequência, idealmente, deverá ser financiada em base *per capita* e estar disponível nos municípios-pólo das microrregiões.

ii) MC complementar, que inclui os demais procedimentos de média complexidade, remunerados por procedimento (tabela SIA /SUS e SIH/SUS) e de acordo com programação e transferência fundo a fundo, em forma prospectiva. A MC completa estará disponível na Região, ainda que distribuída em mais de um centro prestador, conforme a disponibilidade de capacidade existente. A Região poderá dispor também de serviços de alta complexidade, acessíveis por referência pelas populações das Regiões que não a tiverem.

c) Alta Complexidade/Custo

i) disponível em todos ou na maioria dos Estados, que contarão com parâmetros organizacionais e normativos do Ministério, especificada nos pactos de gestão e planos de metas; e

ii) de disponibilidade nacional (alguns Estados) gerida pelo MS, que neste processo considerará as necessidades das macrorregiões do País.

### 3.2 Âmbitos de Atenção

a) Municípios

Os municípios são os espaços básicos da organização e

prestação da atenção no SUS (institucional, demográfico e geográfico). A diversidade dos municípios requer, entretanto, processos de agregação ou desagregação de seus espaços para dar funcionalidade à regionalização. Há municípios que comportam mais de uma Região de Saúde e múltiplas microrregiões ou distritos, todos sob a gestão do poder municipal. De outro lado, municípios muito pequenos e de escassa população serão agregados em microrregiões e regiões, dentro dos Estados.

b) Microrregiões de Saúde

Agregação de municípios ou áreas dentro de municípios, com populações que tenham necessidades e gerem demandas suficientes para justificar serviços de assistência à saúde que cubram, pelo menos, a ABS ampliada e a atenção de MC essencial, com um polo ou sede onde esses serviços estejam disponíveis para toda a população da microrregião.

c) Regiões de Saúde

Um espaço de população com necessidades e demandas suficientes para justificar a existência de serviços que ofereçam pelo menos a MC completa.

As microrregiões e as regiões além do gestor municipal do polo ou sede, disporão de instância gestora do Estado sempre que estiverem compostas de mais de um município e de mecanismo de pactuação correspondente.

d) Estados

Âmbito de atenção para prestações de alta complexidade/custo e de gestão global do processo de regionalização no Estado.

e) País

Âmbito de atenção de ações seletivas ou especiais de alta complexidade/custo ou estratégicas nacionalmente e de gestão global do Sistema.

### 3.3 - Responsabilidades de Gestão

a) de todos os municípios = atenção básica "simples";

b) dos municípios-pólo de microrregiões = ABS ampliada e MC essencial;

c) dos municípios-sede de regiões = ABS ampliada, MC completa e alguma alta complexidade por delegação. No caso de MC/AC policêntricas, os municípios-sede dos serviços devem assumir a gestão correspondente sob uma coordenação regional;

d) municípios "metropolitanos" = acumulam as responsabilidades vinculados às regiões e microrregiões;

e) Estados - gestão do processo de regionalização das referências entre municípios, de planos de investimentos e da AC/C por delegação;

f) Ministério da Saúde = gestão global do SUS e de programa e instrumentos indutores nacionais, da alta complexidade/custo nacional etc.

### 3.4 - Qualificação e Habilitação

a) Dos Municípios

Os município qualificar-se-ão e serão habilitados em três níveis de gestão:

i) gestão da ABS simples;

ii) gestão da ABS ampliada; e

iii) gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.

Os municípios-pólo de microrregiões ou sedes de regiões terão de estar habilitados na gestão plena do SMS.

Os requisitos das habilitações serão consensuados na CIT e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, com homologação pelo Ministro da Saúde.

O processo de habilitação será consensuado nas CIBs regionais e estadual, aprovado pelo CES e finalmente formalizado pelo Ministério da Saúde que informará periodicamente ao Conselho Nacional de Saúde sobre o estado do processo. No caso de conflito na esfera estadual, os municípios poderão recorrer à CIT em grau de recurso.

#### b) Dos Estados

É responsabilidade inerente do Estado a condução do processo de regionalização, e todos devem se qualificar para exercê-la. Os Estados ainda não "habilitados" para tanto devem ser objeto de atenção prioritária, urgente e concentrada, para superarem suas deficiências imediatamente. Os requisitos para a "habilitação" dos Estados devem ser propostos pelo Ministério da Saúde, depois de consensuados na CIT, para aprovação do CNS e homologação do Ministro da Saúde.

Outras atribuições dos Estados serão acordadas entre o Ministério e cada Estado, e expressadas em contrato ou pacto de gestão incluindo um plano de metas.

Da mesma maneira, os Estados celebrarão com os municípios-pólo e sede de microrregiões e regiões, "termos de compromisso" (pactos) para o atendimento das referências intermunicipais dentro do Estado. As referências interestaduais são de responsabilidade do Ministério da Saúde, que intermediará os acordos necessários intermunicipais e interestaduais, e decidirá sobre as formas de compensação requerida.

Os Planos Municipais de Saúde, a avaliação de suas execuções e suas revisões serão aprovados pelos CMS, antes de sua apreciação pelas CIBs e SES.

Os Planos Estaduais de Regionalização serão aprovados pelos CES antes de sua apreciação pelo Ministério da Saúde, que informará o CNS sobre os mesmos. Os CES apreciarão, também, os planos gerais de saúde e os planos de investimentos dos Estados, acompanharão suas execuções e participarão de suas avaliações.

As políticas e planos nacionais de investimentos serão submetidos pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde, para as devidas aprovações.

#### 3.5 - Outros Aspectos

a) A especificidade do financiamento federal ou estadual, como transferências de recursos a Estados ou Municípios, a partir de repasses globais regulares com *per capita* diferenciados segundo critérios de equidade, é um importante instrumento de indução de políticas e atendimento de prioridades nacionais, macrorregionais ou estaduais, assim como o são programas "especiais" com esse potencial. Não há, em princípio, conflito entre o uso criterioso desses instrumentos e a flexibilidade necessária para a gestão local ou o princípio de integração de ações no nível operacional. O exagero de seu uso, entretanto, anula a sua justificação (prioridades etc.) e engessa a operação.

b) A composição dos níveis de atenção definidos deve obedecer, entre outros, aos seguintes critérios:

i) o mais alto grau de resolutibilidade possível em cada

nível de atenção;

ii) a inclusão dos procedimentos necessários para atender às normas comuns em todo o País, e a possibilidade de inclusão de procedimentos que respondam às peculiaridades epidemio-nosológicas dos estados e de regiões de saúde;

iii) a maximização do custo-benefício na distribuição dos serviços, em função da utilização das tecnologias mais apropriadas e de comprovada efetividade, e da adoção de processos operacionais mais eficientes.

A determinação das composições dos níveis de atenção será realizada:

- das normas nacionais, por consensuação na CIT e formalização pelo Ministério da Saúde; e

- das adições regionais e estaduais, por consenso nas respectivas CIBs e formalização pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

**Aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, em 07 de dezembro de 2000.**

## RECOMENDAÇÕES

**TEMA: regionalização do SUS**

**N.º 008/ 07 DE DEZEMBRO DE 2000**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 104.ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de dezembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

a) Que a regionalização iniciada pela assistência a saúde não se completa sem a incorporação de outras áreas da atenção; e

b) Que o marco normativo operacional geral do SUS, expressado na NOB 96, já sofreu múltiplas e extensas modificações, e que o processo de regionalização requer modificações adicionais.

#### RECOMENDA:

1. Ao Ministério da Saúde, ao CONASS e ao CONASEMS que completem a pactuação dos aspectos relevantes da regionalização da assistência à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Conselho em sua Resolução n.º 307, de 07.12.2000.

2. Ao Ministério da Saúde que proceda à incorporação das outras áreas finalísticas da atenção e de áreas instrumentais estratégicas, de acordo com as características funcionais de cada uma, pactuando as medidas correspondentes com os Estados e Municípios, dentro da CIT.

3. Ao Ministério da Saúde, aos Estados e Municípios que, com base na organização dos serviços, formulem políticas e planos de investimentos integrados e os

submetam à apreciação dos Conselhos de Saúde, em suas respectivas esferas de atuação.

4. Ao Ministério da Saúde e à CIT que iniciem imediatamente o processo de revisão e consolidação normativa operacional do SUS, para apreciação do CNS no prazo máximo de 8 (oito) meses.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 114.ª Reunião Ordinária.

## ANEXOS

### POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

(Versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde/MS)  
Brasília, Novembro de 2000

#### 1. INTRODUÇÃO

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

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

Sua implementação requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação deverá ser implementada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população específica. Isso torna indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e capacidade do Sistema tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes relativos à descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, torna-se indispensável que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas através da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

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

#### 2. ANTECEDENTES

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

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

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

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, onde os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo



após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

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

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

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

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

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

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas assegurando-lhes a capacidade civil plena, tornando obsoleta a instituição da tutela, e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A

Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema pelo Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

## 2.1. SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE

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

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12 % do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vive no centro-oeste e norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

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

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito às encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991, a 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000 segundo os dados da organização Comissão Pró Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado, relativos ao mesmo ano indicam que a tuberculose foi responsável por 22.7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2.2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüístico-cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento concorrem pela manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. Desde 1988, começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que dos 36 casos conhecidos até o momento, 8 foram notificados em 1998, distribuídos em todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles constituem desafios a serem enfrentados e expressam sua situação altamente vulnerável frente a tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações integrais, é fator importante para a tomada de decisões e

implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da Funasa de 1998 indicou 385 casos registrados.

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

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

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

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde, vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, eles são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, sua grande maioria no Nordeste. Na região amazônica a maioria das iniciativas foram tomadas por organizações indígenas e não-governamentais.

### 3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

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

#### 4. DIRETRIZES

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

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social

##### 4.1. DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

###### 4.1.1. Conceito

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

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

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

###### 4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e

organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

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

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

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

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

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

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

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes, por intérprete, visita de



terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerado necessário pelos próprios usuários e negociado com o prestador de serviço.

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

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

#### **4.2. Preparação de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural**

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

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

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

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação no sentido de obter a certificação de

competências para os agentes que seguem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

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

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

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

#### **4.3. Monitoramento das Ações de Saúde**

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado um sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

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

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer e buscar intervenções específicas de cada povo.

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

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

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

#### **4.4. Fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde**

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

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

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para elas de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-as como receptoras passivas, despossuídas de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

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

O respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada povo indígena e a seus diversos especialistas serão princípios que permeiam todo o conteúdo das demais diretrizes desta Política.

A articulação desses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde desses povos.

#### **4.5. Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos**

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

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas que envolvem o conhecimento e uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada integrando-se às demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

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

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseada em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação,

estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

#### 4.6. Promoção de ações específicas em situações especiais

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

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais, que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós contato, imunização da população, e estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteiras em articulação com as instituições nacionais e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

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

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do

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

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

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

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em acordo com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução N.º 304/2000. Que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução N.º 1.246/88 do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

#### 4.8. Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena

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

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

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa,

construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população, água de boa qualidade; destino adequado dos dejetos e lixo; controle de insetos e roedores.

#### 4.9. Controle Social

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

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

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

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

Esta é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde. Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei n.º 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários e, aos Conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento por intérprete.

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

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo Presidente do órgão responsável pela execução desta

política, mediante Portaria publicada no Diário Oficial. Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

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

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

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

## 5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersectorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada entre diversos órgãos e ministérios no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

### Articulação Intersectorial

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

### Articulação Intra-Setorial

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

#### 5.1. Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da



Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto N.º 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;
- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;
- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

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

### 5.2. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

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

### 5.3. Fundação Nacional do Índio - FUNAI/MJ

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculada ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio-ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

### 5.4. Ministério da Educação

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

### 5.5. Ministério Público Federal

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

### 5.6. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa a vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, especialmente, da Resolução N.º 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

### 5.7. Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

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

## 6. FINANCIAMENTO

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde;

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

## POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

(Versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde/MS)  
Brasília, Dezembro de 2000

### 1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis N.º 7.853/89 e N.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto N.º 3298/99.

Em seu Artigo 23, Capítulo II, a Constituição determina que "é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei N.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (Art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (Art. 7º Incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera "pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o

desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a "estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiências, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde) do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois – em 1997 –, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – CIDDM-2 –, o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sasaki, 1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da

sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de portadores de doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficit mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e freqüentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas portadoras de deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do país nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população é portadora de deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiências na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar-se como portadores de deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral era do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto a deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do país no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as conseqüências da deficiência, seja no nível individual do próprio portador de deficiência, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde, 1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datusus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevivida. Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar, 1997).

Dados obtidos pelo Datusus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vasculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos portadores de hemiplegia e ou outras seqüelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Fmusp), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; seqüela de lesão medular, 17,8%; seqüela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; seqüela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo - LER -, insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e seqüelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna



vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et al, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Fmusp, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências.

Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes portadores de lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais freqüente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e deficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual,

auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas portadoras de deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O portador de deficiência visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara-José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a seqüelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e má-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas portadoras de deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria portadora dessa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais freqüentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais freqüente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilateral. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, pós-natal; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consanguíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. O portador dessa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um deficit na

inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa. Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de portadores de deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de portadores de deficiência mental, 106 casos (12,47%) de portadores de deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas portadoras de deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais freqüentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais freqüente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral. Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos -, respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até

mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas portadoras de ostomias representam um segmento que pode ser classificado como portadora de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como conseqüência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas portadoras de deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados. Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas portadoras de deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas conseqüências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa portadora de deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizado e atende a um reduzido número de pessoas portadoras

de deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R\$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R\$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R\$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas portadoras de deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas portadoras de deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R\$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R\$2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R\$1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R\$1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R\$150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R\$53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R\$21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor

enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa portadora de deficiência, resultante das Portarias N.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria N.º 204/91 que insere no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria N.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a N.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria N.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/SUS; a Portaria N.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria N.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o portador de deficiência no SUS; a Portaria N.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria N.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre



como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas portadoras de deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas portadoras de deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas portadoras de deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

## 2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

## 3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

- promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência;
- assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência;
- prevenção de deficiências;
- ampliação e fortalecimento dos mecanismos de

informação;

- organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e
- capacitação de recursos humanos.

### 3.1 Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas portadoras de deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas portadoras de deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, estão a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas portadoras de deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas portadoras de deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto N.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas portadoras de deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no

acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

### 3.2 Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa portadora de deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população portadora de deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de

mão dupla, em que o indivíduo portador de deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa portadora de deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com o portador de deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta sobretudo as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de auto-sustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante sobretudo a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa portadora de deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terão um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir

tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

### 3.3 Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto. Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clínica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, conseqüentemente, de seqüelas que determinam algum tipo de deficiência.

### 3.4 Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas portadoras de deficiências, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infra-estrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente,

levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas portadoras de deficiências. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infra-estrutura.

### 3.5 Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência

A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzidas, em especial, segundo a diretriz do SUS relativa ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

- ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência;
- ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual,



familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social dos portadores de deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersectorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas portadoras de deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporão um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contra-referência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo portanto tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que

considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva -, característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas portadoras de deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas

voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS N.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa portadora de deficiência.

### 3.6 Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas portadoras de deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de

vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas portadoras de deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção ao portador de deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade do portador de deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

## 4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa portadora de deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos inter-setoriais, os quais deverão

configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

#### 4.1 Articulação Intersectorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

##### A) Ministério da Educação

A parceria com esse Ministério buscará sobretudo:

- A) a difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;
- B) o estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa portadora de deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;
- C) a garantia de retaguarda clínica às pessoas portadoras de deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;
- D) a reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta política;
- E) a colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa portadora de deficiências, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;
- F) a inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

##### B) Ministério da Previdência e Assistência Social

A parceria com esse Ministério visará em especial:

- A) a realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;
- B) o encaminhamento do segurado, portador de deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;
- C) a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do portador de deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de

incapacidades;

- D) a promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos ao portador de deficiências, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;
- E) a inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;
- F) a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas portadoras de deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

##### C) Ministério da Justiça

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

- A) a observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência no tocante às questões de saúde;
- B) a promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;
- C) a promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a conseqüente diminuição de seqüelas que determinam algum tipo de deficiência;
- D) o fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa portadora de deficiência;
- E) o provimento ao cidadão portador de deficiência, em articulação com a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

##### D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

- A) a promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas portadoras de deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;
- B) a instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população portadora de deficiência;
- C) a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa portadora de deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

**E) Ministério do Trabalho e Emprego**

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

- A) a melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa portadora de deficiências na vida socioeconômica das comunidades;
- B) a promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência destinados a empregadores.
- C) o encaminhamento das pessoas portadoras de deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

**F) Ministério do Esporte e Turismo**

A parceria objetivará em especial:

- A) a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas portadoras de deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;
- B) a promoção de turismo adaptado ao portador de deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

**G) Ministério da Ciência e Tecnologia**

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa portadora de deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

**4.2 Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde**

- A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes.
- B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas.
- C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa portadora de deficiência.
- D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta política.

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa portadora de deficiência.

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população portadora de deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política.

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação.

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência.

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa portadora de deficiência.

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde.

L) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa portadora de deficiência.

M) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.

N) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas portadoras de deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas.

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências.

P) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas.

Q) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

R) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

**4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde**

- A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual da pessoa portadora de deficiência, consoante a esta Política Nacional.



B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta política.

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual.

E) Promover o acesso do portador de deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação.

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

G) Viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instâncias do SUS.

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa portadora de deficiência.

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências.

L) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas.

M) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

N) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção aos portadores de deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas.

O) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas.

#### **4.4 Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente**

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo.

B) Promover as medidas necessárias visando a integração da programação municipal a do Estado.

C) Promover o treinamento e a capacitação de

recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa portadora de deficiência.

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa portadora de deficiência.

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas instâncias do SUS.

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa portadora de deficiência.

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas.

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências.

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas.

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência.

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas portadoras de deficiência.

#### **5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei N.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, Art. 7º. Entre esses, destacam-se:

- ◆ a "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema" (inciso II);
- ◆ a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);
- ◆ a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (inciso IV);
- ◆ o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde" (inciso V);
- ◆ a "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário" (inciso VI); e
- ◆ a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência" (inciso XII).

## 6. TERMINOLOGIA

**Abordagem multiprofissional e interdisciplinar** - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

**Acidentes vascular-encefálico** - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

**Ações básicas de reabilitação** - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para portadores de distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

**Ações complexas de reabilitação** - ações que se utilizam de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional do portador de deficiência.

**Aconselhamento genético** - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

**Alterações da fala e linguagem** - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

**Anemia falciforme** - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

**Anóxia perinatal** - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

**Assistência ou atendimento em reabilitação** - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

**Atendimento hospitalar em reabilitação** - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

**Avaliação funcional** - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

**Bolsa de ostomia** - bolsa coletora de secreções intestinais.

**Capacidade adaptativa** - capacidade de se adequar a uma nova situação.

**Capacidade funcional** - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

**Cardiopatas** - qualquer processo ou doença do coração.

**Centros de Referência em Reabilitação** - serviços do setor saúde nos quais são realizados a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

**Condições funcionais** - situação encontrada após a avaliação funcional.

**Condutas típicas** - "manifestações de comportamento típicos de portadores de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

**Deficiência auditiva** - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

**Deficiência mental** - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD.)

**Deficiência motora** - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-

articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

**Deficiência visual** - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

**Deficit neurológico** - comprometimento ou perda da função causado por lesões no sistema nervoso.

**Diagnóstico etiológico** - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

**Diagnóstico sindrômico** - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

**Diagnóstico funcional** - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

**Equipe básica de reabilitação** - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

**Erros inatos do metabolismo** - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

**Exame de cariótipo** - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

**Fatores perinatais** - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

**Fatores pós-natais** - ocorrências identificadas após o nascimento.

**Fenilcetonúria** - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

**Genética clínica** - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

**Habilitação** - processo de desenvolvimento de habilidades.

**Hemiplégicos** - pessoas portadoras de paralisia de um dos lados do corpo.

**Hemofilia** - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

**Hemoglobinopatias** - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

**Hipertireoidismo congênito** - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

**Hipoxemia** - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

**Índice de Apgar** - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

**Inteligência conceitual** - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

**inteligência prática** - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensorio-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

**Inteligência social** - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

**Internação em reabilitação** - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

**Internamento (ou internação) no domicílio** - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

**Lesão** - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

**Lesão medular** - alteração da estrutura funcional da medula.

**Lesão traumática** - alteração produzida por um agente mecânico ou físico

**Lesões nervosas** - alterações no sistema nervoso.

**Lesões neuromusculares** - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

**Lesões osteoarticulares** - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

**Manutenção de ganhos funcionais** - treinamento contínuo

objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

**Nefropatias** - doenças que acometem o sistema renal.

**Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação** - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas portadoras de deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

**Orientação prognóstica** - aconselhamento na predição da provável evolução e o desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

**Órtese** - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

**Ostomias** - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

**Osteoporose** - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

**Ototoxicose** - substâncias tóxicas que afetam a audição.

**Paralisia cerebral** - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

**Paraplégicos** - paralisia dos membros inferiores.

**Perda auditiva neurossensorial** - um tipo de surdez.

**Perturbações psiquiátricas** - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

**Prevenção secundária** - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

**Processo reabilitativo** - ver reabilitação

**Prótese** - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

**Reabilitação** - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, "é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a

compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".

**Retinopatia diabética** - doença da retina causada pela diabetes.

**Rubéola** - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

**Serviços de apoio à vida cotidiana** - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

**Tecnologia assistiva** - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

**Transtornos congênitos** - alterações decorrentes de fatores hereditários.

**Transtornos orgânicos** - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

**Transtornos perinatais** - alterações que ocorrem durante o nascimento.

#### Edição

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DO CNS

**Conselho Nacional de Saúde**

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G"

ANEXO - Ala B - 1º Andar

Salas 128 a 147 - CEP 70058-900

Brasília-DF

FONES: (61) 225-6672 266-8803

315-2150 315-2151

FAX: (61) 315-2414 315-2472

E-MAIL: CNS@SAUDE.GOV.BR

HTTP://CONSELHO.SAUDE.GOV.BR

Produção

EDITORA MS/COORDENAÇÃO-GERAL DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

OS 0808/2001



Conselho  
Nacional  
de Saúde



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE



GOVERNO  
FEDERAL

Trabalhando em todo o Brasil