

LEGISLAÇÃO EM



SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL



Ministério da Saúde

LEGISLAÇÃO EM

SAÚDE
NO SISTEMA
PRISIONAL



2014

© 2014 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Tiragem: 1ª edição - 2014 - 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação de Saúde no Sistema Prisional

Setor Comercial Sul, Trecho 02, Lote 05/06

Edifício Premium Torre II - Térreo - Sala 15

CEP: 70.070-600 - Brasília - DF BRASIL

Tel. (61) 3315 9136

Site: <<http://www.saude.gov.br/penitenciario>

E-mail: sprisional@saude.gov.br

Coordenação e Elaboração de texto:

Carla Conceição Ferraz

Francisco Job Neto

Karoline Simões Moraes

Marden Marques Soares Filho

Melquia da Cunha Lima

Raquel Lima de Oliveira e Silva

Revisão Técnica: Marden Marques Soares Filho

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

Editora:

Impresso no Brasil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional.

Legislação em Saúde no Sistema Prisional/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional-Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
93 p.

Legislação. 2. Sistema Prisional.

Títulos para indexação:

Em inglês: *Health rules for prisons*

Em espanhol: *Leyes y normas para la salud en prisiones*

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	4
2. MARCOS LEGAIS	5
2.1 Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014 .	16
2.2 Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014	41
2.3 Portaria nº 94, de 14 de Janeiro de 2014.....	57
2.4 Portaria nº 95, de 14 de Janeiro de 2014.....	69
2.5 Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014.....	71
2.6 Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014.....	85

As políticas públicas do Ministério da Saúde voltadas para a população privada de liberdade têm passado por inovações. Em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP - com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral do Sistema Único de Saúde.

Também em 2014 foi instituído o Serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP), vinculado à PNAISP, com o objetivo de redirecionar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, atendendo aos preceitos da Lei 10.216/2001 (Lei Antimanicomial).

Essas mudanças podem ser apontadas como um grande ganho na garantia e defesa dos Direitos Humanos no Brasil, bem como em total consonância com a previsão constitucional de saúde para todos sob a responsabilidade do Estado Brasileiro.

Esta publicação consiste em um compilado de portarias que guiam a implantação e a implementação da atenção básica à saúde das pessoas privadas de liberdade. Ainda, oferece uma lista de Leis, Decretos, Marcos Legais Internacionais, Resoluções e Recomendações que podem ser facilmente encontrados em sítios virtuais governamentais e que versam sobre a realidade prisional brasileira, normatizando experiências e guiando ações.

Todos estes documentos podem ser encontrados, na íntegra, na página web da Coordenação Nacional de Saúde Prisional: <http://www.saude.gov.br/penitenciario>

Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual o Brasil é signatário, proíbe em seu artigo V os tratamentos ou castigos cruéis, desumanos ou degradantes.

A **Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**, da qual o Brasil é signatário. Em seu artigo 2º obriga o Estado a tomar medidas eficazes de caráter legislativo, administrativo, judicial ou de outra natureza, a fim de impedir a prática de atos de tortura (e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes) em qualquer território sob sua jurisdição.

As **Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da ONU**, determinação adotada pelo I Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra em 1955 e aprovadas pelo Conselho Econômico da ONU em 31 de julho de 1957.

O **Protocolo de Istambul**: manual para a investigação e documentação da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes baseado na Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.

As **Regras de Bangkok das Nações Unidas** para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratora, de 2010.

A **Convenção Americana de Direitos Humanos** (Pacto de San Jose da Costa Rica), de 1969 e ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992.

A Constituição Federal:

Art. 3º - IV estabelece que o estado deve promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, incluindo-se, portanto as pessoas privadas de liberdade.

Art. 5º - III indica que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante e ainda, no inciso X afirma que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação, sendo assegurado aos presos pelo inciso XLIX o respeito à integridade física e moral.

Art. 5º - L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;

Art. 5º - XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;

Leis Federais:

Lei Federal nº 12.962, de 08.04.2014: Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para assegurar a convivência da criança e do adolescente com os pais privados de liberdade

Decreto nº 8.154, de 16 de dezembro de 2013: Regulamenta o funcionamento do Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, a composição e o funcionamento do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e dispõe sobre o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013: Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; e dá outras providências.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Lei 11.942 / 2009 – altera a LEP e assegura condições mínimas de assistência às mães presas e aos recém-nascidos.

Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007: Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotado em 18 de dezembro de 2002.

Lei nº 10.792, de 2003, que altera a LEP dando a seguinte redação aos artigos 6º e 7º.

Art. 6º A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador da pena privativa de liberdade adequada ao condenado ou preso provisório.

Art. 7º A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, 1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.

Parágrafo único. Nos demais casos a Comissão atuará junto ao Juízo da Execução e será integrada por fiscais do serviço social.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e dá outras providências.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Decreto Legislativo nº 02, de 1992: Aprova o texto da Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, define:

Em seu capítulo II, seção I que a assistência ao preso, ao internado e ao egresso é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, devendo ser esta assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

Em seu capítulo II, seção II que a assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

Em seu art. 13 que o estabelecimento disporá de instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais, além de locais destinados à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela Administração.

Em sua seção III, art. 14 que a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico e que, no parágrafo 3º assegura o acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido.

Em sua seção V que a assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado,

tornando obrigatório (art. 18) o ensino de 1º grau, integrando-se no sistema escolar da Unidade Federativa. O art. 20. Permite que as atividades educacionais possam ser objeto de convênio com entidades públicas ou particulares, que instalem escolas ou ofereçam cursos especializados. O art. 21. Indica que em atendimento às condições locais, dotar-se-á cada estabelecimento de uma biblioteca, para uso de todas as categorias de reclusos, provida de livros instrutivos, recreativos e didáticos.

Em sua seção VI que a assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Em seu capítulo III, seção I, art. 28. O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva. Em seu parágrafo 1º indica-se que aplicar-se-á à organização e aos métodos de trabalho as precauções relativas à segurança e à higiene.

Em seu capítulo III, seção II sobre os direitos dos presos, em seu art. 40, impõe a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

Em seu art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório, sendo requisitos básicos da unidade celular a salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana; e uma área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados).

Em seu art. 89, que além dos requisitos referidos no art. 88, determina que a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa. (Redação dada pela Lei nº 11.942, de 2009), sendo requisitos básicos da seção e da creche referidas neste artigo: (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009).

A Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977: Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho.

O Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), indica que são Direitos do preso a conservação de todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, (art. 38) impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.

Portarias:

Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.
Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014.
Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014.
Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014.
Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014.
Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014.
Portaria Interministerial SPM/MJ nº216 de 16 de janeiro de 2014.
Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014
Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
Portaria MS/GM 240, de 31 de janeiro de 2007.
Portaria MS/GM 458, de 6 de março de 2006.
Portaria Interministerial 3.343, de 28 de dezembro de 2006.
Portaria MS/SAS 749, de 10 de outubro de 2006.
Portaria MS/GM 1.552, de 28 de junho de 2004.
Portaria Interministerial MS/MJ 1.777, de setembro de 2003.
Portaria Interministerial MS/MJ 2.035, de novembro de 2001.
Portaria MS/GM 485, de 29 de março de 1995.

Resoluções:

CNCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

Resolução conjunta nº 1, de 15 de abril de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação - CNCD/LGBT. Estabelece os parâmetros de acolhimento de LGBT em privação de liberdade no Brasil.

Resolução nº 1, de 10 de fevereiro de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP.

Indica o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, consignado na Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014.

Resolução nº 2, de 10 de fevereiro de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP.

Exclui do item nº 1, do Anexo II, da Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011, do CNPCP, que dispõe sobre Arquitetura Penal, a alínea “d”, que contempla “hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos, aqui denominados Serviço de Atenção ao Paciente Judiciário”.

Resolução nº 1, de 7 de fevereiro de 2013, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP.

Dispõe sobre a utilização de instrumentos de registro audiovisual e fotográfico.

Resolução CNPCP nº 05, de 28 de junho de 2012.

Dispõe sobre as regras mínimas para a destinação do lixo de estabelecimentos penais, como estratégia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde no sistema prisional.

Resolução CNPCP nº 03, de 1º de junho de 2012.

Recomenda que não sejam utilizadas algemas ou outros meios de contenção em presos que sejam conduzidos ou permaneçam em unidades hospitalares, salvo se restar demonstrado a necessidade da sua utilização por razões de segurança, ou para evitar uma fuga, ou frustrar uma resistência.

Resolução CNPCP nº 02, de 1º de junho de 2012.

Proíbe o transporte de pessoas presas ou internadas em condições ou situações que lhes causem sofrimentos físicos ou morais, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal.

Resolução CNPCP nº 09, de 18 de novembro de 2011.

Edita as Diretrizes Básicas para Arquitetura Penal, conforme constam dos Anexos de I a IX desta Resolução, revogado o disposto na Resolução CNPCP Nº 03, de 23 de setembro de 2005.

Resolução CNPCP nº 06, de 03 de outubro de 2011.

Recomenda a todas as Unidades da Federação que realizem, periodicamente e de ofício, inspeções das instalações alimentares, sanitárias e dos equipamentos de prevenção e combate a incêndios dos estabelecimentos penais brasileiros, acionando para tanto seus respectivos serviços de vigilância sanitária e de Corpo de Bombeiros.

Resolução CNPCP nº 04, de 29 de junho de 2011.

Recomenda aos Departamentos Penitenciários Estaduais ou órgãos congêneres que seja assegurado o direito à visita íntima a pessoa presa, recolhida nos estabelecimentos prisionais.

Resolução CNPCP nº 02, de 03 de maio de 2011.

Refixa, em caráter precário, até 2015, a existência de seis para oito vagas por cela coletiva.

Resolução CNPCP nº 09, de 26 de novembro de 2010.

Dispõe recomendações sobre os Conselhos da Comunidade.

Resolução CNPCP nº 04, de 30 de julho de 2010.

Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução de medida de segurança

Resolução CNPCP nº 12, de 18 de dezembro de 2009.

Trata da aplicabilidade da Lei de Execução Penal ao preso provisório

Resolução CNPCP nº 11, de 18 de dezembro de 2009.

Propõe recomendações para o fortalecimento da atuação dos Conselhos Penitenciários, da Comunidade e Patronatos.

Resolução CNPCP nº 09, de 13 de novembro de 2009.

Estabelece a proporção mínima entre o contingente de agentes penitenciários e profissionais da equipe técnica e o número de detentos.

Resolução CNPCP nº 06, de 25 de novembro de 2009.

Estabelece diretrizes para o controle penal qualitativo das penas e medidas alternativas à prisão (especialmente as restritivas de direito).

Resolução CNPCP nº 04, de 15 de julho de 2009.

Orienta sobre a estada, permanência e posterior encaminhamento das (os) filhas (os) das mulheres encarceradas.

Resolução CNPCP nº 01, de 09 de março de 2009.

Estabelece a proporção mínima entre o contingente de agentes penitenciários e profissionais da equipe técnica e o número de detentos.

Resolução CNPCP nº 02, de 08 de maio de 2008.

Fixa diretrizes básicas para a condução de presos durante o atendimento à saúde e condições mínimas de segurança para sua realização.

Resolução CPNCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006, que

apresenta diretrizes para a detecção de casos de tuberculose no sistema prisional.

Resolução CNPCP nº 09, de 12 de julho de 2006.

Recomenda a adoção de procedimentos quanto à revista nos visitantes, servidores ou prestadores de serviços e/ou nos presos, e dá outras providências.

Resolução CNPCP nº 07, de 09 de maio de 2006.

Aprova o modelo de Relatório de Inspeção em Estabelecimento Penal.

Resolução CNPCP nº 04, de 23 de novembro de 2005.

Edita o Manual de Atendimento em Situações Especiais – Greve de Fome, como diretriz básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas.

Resolução CNPCP nº 5, de 4 de maio de 2004.

Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Resolução nº 07, de 14 de abril de 2003.

Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário em diálogo com as diretrizes da atenção básica.

Resolução CNPCP nº 06, de 26 de julho de 1999.

Tornar público seu repúdio às práticas de separação dos presos soropositivos ou aidéticos.

Resolução CNPCP nº 01, de 30 de março de 1999.

Trata da Visita Íntima.

Resolução CNPCP nº 01, de 20 de março de 1995.

Aplicação das Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil.

Resolução CNPCP nº 14, de 11 de novembro de 1994.

Trata das regras mínimas para tratamento dos presos no Brasil.

Conselho Nacional de Justiça – CNJ:

Recomendação CNJ nº 49, de 01 de abril de 2014.

Entre outras providências, versa sobre a necessidade da observância das normas, princípios e regras do Protocolo de Istambul, da ONU, e do Protocolo Brasileiro de Perícia Forense em casos de crime de tortura.

Recomendação CNJ nº 113, de 20 de abril de 2010.

Entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança;

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR – 9050:2004

Estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade.

A seguir, reproduzimos as portarias que conformam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; na íntegra:

Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de Janeiro de 2014.

Portaria Nº 482, de 1º de Abril de 2014.

Portaria Nº 94, de 14 de Janeiro de 2014.

Portaria Nº 95, de 14 de Janeiro de 2014.

Portaria Nº 305, de 10 de Abril de 2014.

Portaria Nº 142, de 28 de Fevereiro de 2014.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014

Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE E DA JUSTIÇA, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de reintegração social das pessoas privadas de liberdade por meio da educação, do trabalho e da saúde, de acordo com a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984;

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

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

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização

da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.679/MS/MJ/MDS/SDH/SPM/SEPPPIR, de 12 de agosto de 2013, que institui o Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional;

Considerando as recomendações e moções constantes nos relatórios finais da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde;

Considerando a importância da definição e implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo sistema prisional brasileiro;

Considerando os princípios constitucionais e a responsabilidade do Estado pela custódia das pessoas e a autonomia do arranjo interfederativo no campo da saúde pública e da justiça;

Considerando que é responsabilidade do SUS oferecer suporte técnico e operacional para o desenvolvimento de práticas preventivas e atenção primária de caráter geral referentes a ações e serviços de saúde, bem como o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos; e

Considerando a pactuação ocorrida na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013, resolvem:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).

Art. 3º A PNAISP será regida pelos seguintes princípios: I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;

II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;

III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;

IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;

V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e

VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Art. 4º Constituem-se diretrizes da PNAISP:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;

IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e

V - intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

Art. 5º É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.

Art. 6º São objetivos específicos da PNAISP:

I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

Art. 7º Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

§ 1º As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistida nos serviços da rede de atenção à saúde.

§ 2º As pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 8º Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.

Art. 9º As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

Parágrafo único. A oferta de ações de saúde especializada em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1.000 (mil) pessoas privadas de liberdade será regulamentada por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 10. Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 11. A assistência farmacêutica no âmbito desta Política será disciplinada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 12. A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. A adesão à PNAISP ocorrerá por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União, sendo observados os seguintes critérios:

I - assinatura de Termo de Adesão, conforme modelo constante no anexo I a esta Portaria;

II - elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, de acordo com o modelo constante no anexo III a esta Portaria; e

III - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

§ 1º A adesão estadual, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Ao Estado e ao Distrito Federal que aderir à PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos

valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 14. A adesão municipal à PNAISP será facultativa, devendo observar os seguintes critérios:

I - adesão estadual à PNAISP;

II - existência de população privada de liberdade em seu território;

III - assinatura do Termo de Adesão Municipal, conforme modelo constante no anexo II a esta Portaria;

IV - elaboração de Plano de Ação Municipal para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, de acordo com o modelo constante no anexo III; e

V - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

§ 1º A adesão municipal, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Ao Município que aderir a PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo financeiro, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 15. Compete à União:

I - por intermédio do Ministério da Saúde:

a) elaborar planejamento estratégico para implementação da PNAISP, em cooperação técnica com Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

b) garantir a continuidade da PNAISP por meio da inclusão de seus componentes nos Planos Plurianuais e nos Planos Nacionais de Saúde;

c) garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, transferindo de forma regular e automática, os recursos do Fundo Nacional de Saúde;

- d) definir estratégias para incluir de maneira fidedigna as informações epidemiológicas das populações prisionais nos sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- e) avaliar e monitorar as metas nacionais de acordo com a situação epidemiológica e as especificidades regionais, utilizando os indicadores e instrumentos que sejam mais adequados;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP na rede de atenção à saúde;
- g) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP no SUS;
- h) prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios na implantação dos sistemas de informação em saúde que contenham indicadores específicos da PNAISP;
- i) apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa para o SUS;
- j) promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP;
- k) promover ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;
- l) propor estratégias para o desenvolvimento de habilidades necessárias dos gestores e profissionais atuantes no âmbito da PNAISP, por meio dos processos de educação permanente em saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e realidades locais regionais;
- m) estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em saúde prisional, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e no Conselho Nacional de

- Política Criminal e Penitenciária (CNPCP); e
 - n) apoiar, técnica e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde em estabelecimentos prisionais; e
- II - por intermédio do Ministério da Justiça:
- a) executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito da atenção básica, em todas as unidades prisionais sob sua gestão;
 - b) elaborar o plano de acompanhamento em saúde dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para garantir a continuidade da PNAISP, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o SUS;
 - c) repassar informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, classificação dos estabelecimentos prisionais, número de trabalhadores do sistema prisional e de pessoas privadas de liberdade, dentre outras informações pertinentes à gestão;
 - d) disponibilizar o acesso às informações do Sistema de Informação Penitenciária para as gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações de saúde;
 - e) apoiar a organização e a implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados pelas gestões federais, estaduais, distritais e municipais da área prisional e da saúde;
 - f) assistir técnica e financeiramente, no âmbito de sua atribuição, na construção, na reforma e no aparelhamento do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro dos estabelecimentos penais;
 - g) acompanhar a fiel aplicação das normas sanitárias nacionais e internacionais, visando garantir as condições de habitabilidade, higiene e humanização das ambiências prisionais;
 - h) elaborar e divulgar normas técnicas sobre segurança para os profissionais de saúde dentro dos estabelecimentos penais;
 - i) incentivar a inclusão dos agentes penitenciários nos programas de capacitação/sensibilização em saúde para a população privada de liberdade; e

j) colaborar com os demais entes federativos para a inserção do tema «Saúde da Pessoa Privada de Liberdade» nos espaços de participação e controle social da justiça, nas escolas penitenciárias e entre os custodiados.

Art. 16. Compete ao Estado e ao Distrito Federal:

I - por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade, referenciada em sua pactuação;
- b) coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;
- c) elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria de Justiça e a Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- d) implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;
- e) participar do financiamento para o desenvolvimento das ações e serviços em saúde de que tratam esta Portaria;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNAISP;
- g) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito estadual ou distrital, consoantes a PNAISP, respeitando as diversidades locais; e
- h) promover, no âmbito de sua competência, as articulações

intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes da PNAISP, bem como a articulação do SUS na esfera estadual ou distrital; e

II - por intermédio da Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais sob sua gestão;
- b) assessorar os Municípios, de forma técnica, junto à Secretaria Estadual de Saúde, no processo de discussão e implantação da PNAISP;
- c) considerar estratégias de humanização que atendam aos determinantes da saúde na construção e na adequação dos espaços das unidades prisionais;
- d) garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade;
- e) adaptar as unidades prisionais para atender às pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas;
- f) apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP;
- g) atualizar e compartilhar os dados sobre a população privada de liberdade com a Secretaria Municipal de Saúde;
- h) participar do financiamento das ações e serviços previstos na Política;
- i) garantir o acesso, a segurança e a conduta ética das equipes de saúde nos serviços de saúde do sistema prisional;
- j) apoiar intersetorialmente a realização das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde no sistema prisional;
- k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade;

l) participar do planejamento e da realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema prisional; e
m) viabilizar o acesso de profissionais e agentes públicos responsáveis pela realização de auditorias, pesquisas e outras formas de verificação às unidades prisionais, bem como aos ambientes de saúde prisional, especialmente os que tratam da PNAISP.

Art. 17. Compete ao Distrito Federal e aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

I - executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade referenciada em sua pactuação;

II - coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

III - elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

IV - cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;

V - elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;

VI - implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;

VII - monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;

IX - promover, junto à população do Distrito Federal ou do Município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;

X - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal ou do Município e nas demais instâncias de controle social existentes no município; e

XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.

Art. 18. O monitoramento e a avaliação da PNAISP, dos serviços, das equipes e das ações de saúde serão realizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça por meio da inserção de dados, informações e documentos nos sistemas de informação da atenção à saúde.

Art. 19. Será instituído Grupo Condutor da PNAISP no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, formado pela respectiva Secretaria de Saúde, pela respectiva Secretaria de Justiça ou congêneres, pela Administração Prisional ou congêneres, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do respectivo Estado e pelo apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;

II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal;

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e
IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.

Art. 20. As pessoas privadas de liberdade poderão trabalhar nos serviços de saúde implantados dentro das unidades prisionais, nos programas de educação e promoção da saúde e nos programas de apoio aos serviços de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde será da pessoa sob custódia, com anuência e supervisão do serviço de saúde no sistema prisional.

§ 2º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas custodiadas que trabalharem nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde.

Art. 21. Os entes federativos terão prazo até 31 de dezembro de 2016 para efetuar as medidas necessárias de adequação de suas ações e seus serviços para que seja implementada a PNAISP conforme as regras previstas nesta Portaria.

Parágrafo único. Enquanto não efetivada a implementação da PNAISP conforme as regras previstas nesta Portaria, os entes federativos manterão o cumprimento das regras previstas na Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 23. Ficam revogadas:

I - a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 176, Seção 1, do dia 11 de setembro de 2003, p. 39; e

II - a Portaria nº 240/GM/MS, de 31 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 23, Seção 1, do dia 1º de fevereiro de 2007, p. 65.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro de Estado da Saúde

JOSÉ EDUARDO CARDOSO
Ministro de Estado da Justiça

ANEXO I

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

TERMO DE ADESÃO DO ESTADO

O Estado _____, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ e da Secretaria de Justiça do Estado (ou congêneres), CNPJ nº. _____, firma o presente Termo de Adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº1 de 2 de janeiro de 2014.

E por estar certo e ajustado, firmam o presente em 3 (três) vias de igual forma e teor.

Secretaria de Estado de Saúde

Secretaria de Justiça do Estado
(ou congêneres)

ANEXO II

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

TERMO DE ADESÃO DO MUNICÍPIO

O Município _____, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ nº _____, firma o presente Termo de Adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº 1 de 2 de janeiro de 2014, em 4 (quatro) vias de igual forma e teor, a serem encaminhadas ao Ministério da Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Secretaria Estadual de Justiça (ou congêneres).

Secretaria de Saúde do Município

ANEXO III

DIRETRIZES PARA O PLANO DE AÇÃO ESTADUAL/MUNICIPAL PARA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

1. Apresentação

Apresentar as justificativas para o Plano, problematização e análise dos cenários estadual e municipal pertinentes às questões prisionais e sócio-sanitárias, caracterização das redes existentes e principais aspectos da sua gestão.

2. Instâncias e responsabilidades:

Definição das instituições participantes e de suas responsabilidades pela gestão, operacionalização e apoio, levando-se em consideração as responsabilidades consignadas nesta Portaria.

3. Objetivos:

3.1. Objetivo Geral

3.2. Objetivos Específicos

4. Abrangência e Público Alvo:

Caracterização e quantificação do público alvo;

Definição das unidades prisionais e territórios de abrangência.

5. Características da PNAISP no Estado e no (s) Município (s) de abrangência

5.1 Contratualização

Definir formas de sensibilização e mobilização de gestores das políticas setoriais do Estado, bem como dos Municípios que possuam prisões em seus territórios. Estabelecer, aqui, a lógica de pactuação e territorialização, levando em conta as redes prioritárias, as ações da atenção básica e o compartilhamento de responsabilidades na atenção. Esclarecer, também, quais os critérios para seleção, pactuação e gestão com os Municípios.

5.2 Constituição de Grupo Condutor Estadual

Definir as instâncias que participarão, bem como a forma de estruturação, gestão e funcionamento do Grupo Condutor Estadual.

5.3 Utilização dos sistemas de informações em saúde:

Indicar como serão utilizados os seguintes módulos: cadastramento dos usuários, prontuários eletrônicos, sistemas de produção das equipes, epidemiológicos e de gestão.

5.4 Financiamento e Repasse de Recursos

Apresentar quadro com os recursos dispensados para os serviços implantados.

6. Definição de padrões mínimos de qualidade, eficácia e efetividade do Plano de Ação

A - Planejamento e gestão

1) Quanto às perspectivas e modalidades de gerenciamento. Qual é o ponto de partida: a lógica da justiça criminal ou do SUS? Há coerência com os princípios do SUS?

2) Quais as responsabilidades pela elaboração dos Relatórios de Gestão? A UF atende aos prazos e critérios para elaboração e envio do RAG?

3) Verificar Planos de Controle, Regulação, e Avaliação pactuadas - entre os níveis de governo.

4) Quais os instrumentos existentes?

5) Negociações intergestores para pactuação de ações, agendas e recursos. Como atuam as Comissões Intergestores Bipartite CIB? Há câmaras temáticas relacionadas ao tema?

6) Quanto à participação das administrações municipais:

- os gestores municipais contemplam, em suas iniciativas, a política em questão?

a lógica de contratualização (pactos de gestão) tem sido observada?

- há esforço orçamentário nesse sentido?

- há participação direta das equipes de atenção básica?

- como as ações de média e alta complexidade são tratadas na PPI ? Como tem sido a pactuação de ações de média e alta complexidades, em níveis estadual e local?

7) Há um plano de comunicação no âmbito das administrações prisionais e sanitárias? Como é realizada tal estratégia?

8) Como são programadas e executadas as agendas das equipes de saúde nas unidades? As agendas são articuladas aos diversos serviços existentes, no âmbito da unidade, e publicadas?

B - Orçamento e finanças

9) Analisar o fluxo de gestão do incentivo financeiro.

10) Verificar valores anuais e mensais de convênios e repasses fundoafundo.

11) Quando o incentivo financeiro chega ao FES, como e para qual instância é feito o seu repasse: Secretarias e fundos beneficiários dos recursos - verificar, também, fundoafundo para os municípios.

12) Verificar deliberações das CIB, atos deliberativos dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Portarias e Resoluções a respeito das prioridades e formas de aplicação dos recursos.

13) Qual o esforço orçamentário das UF:

- ver planejamento e execução orçamentários;

- ver contrapartidas estaduais e municipais (quando houver);

- verificar se há um «orçamento matricial», com composição orçamentária por parte de outras políticas setoriais - há agenda em outros orçamentos?

C - Ambiência e infraestrutura

14) Caracterizar as unidades penais que dispõem de estrutura para atenção à saúde: quais unidades contam com tais estruturas? Comparar cada estrutura existente às Resoluções CNPCP nºs 06/2006 e 09/2011, do anexo II da PI nº 1.777/2003 e da RDC Anvisa nº 50/2002.

15) Verificar equipamentos existentes: comparar à PI nº 1.777/2003.

16) Há laudo da Vigilância Sanitária?

17) Forma de destinação e coleta de Resíduos/Rejeitos;

18) Serviços de apoio; Serviços Especializados; Serviços e Classificação.

D - Gestão do trabalho

19) Quais as áreas responsáveis pela gestão de RH no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria de Administração Penitenciária (ou congênere) e das Secretarias Municipais de Saúde?

20) Como contribuem para a gestão das equipes de saúde nas unidades penitenciárias? Quais são as ferramentas de gestão de RH?

21) Há planejamento de necessidades de RH?

22) Como e quando vêm sendo realizados os concursos e os processos seletivos?

23) Quem contrata a equipe de saúde no sistema penitenciário: Secretaria Estadual de Saúde; da Secretaria de Administração Penitenciária (ou congêneres); das Secretarias Municipais de Saúde; ONG, etc;

24) Qual o vínculo da contratação dos profissionais das equipes de saúde: CLT, estatutário, precário ou outro (especificar qual)?

25) Quantas equipes estão efetivamente atuando? Quais e quantas unidades prisionais?

- Avaliar as informações do SCNES e verificar sua compatibilidade com a realidade de cada unidade penal e equipes que efetivamente atuam.

- Qual a jornada de trabalho de cada profissional de saúde contratado (médico (a), enfermeiro (a), assistente social, psicólogo (a), dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem)?

- Caracterizar as equipes existentes cadastradas no CNES;

26) Há diagnósticos de necessidades de capacitação de RH?

27) Há programa de educação permanente?

28) A capacitação em saúde é destinada aos agentes de segurança e aos demais cargos? Como?

29) Como se dá o acompanhamento e o apoio em saúde do trabalhador em serviços penais? Qual o órgão estadual/municipal responsável?

30) Há sistema de gestão e avaliação de desempenhos? Quais os marcos legais?

F - Organização dos serviços e fluxos de assistência

31) Quanto à Logística de Transporte e à Segurança:

- características da movimentação e segurança e do transporte sanitário;

- veículos disponibilizados;

- responsáveis pelo acompanhamento ao sentenciado;

- observa-se o disposto na legislação referente aos procedimentos para movimentação e condução de presos e pessoas que cumprem medidas de segurança?

- segurança no estabelecimento de saúde durante o atendimento externo?

32) quanto à realização de procedimentos de atenção à saúde:

- como são realizadas as ações de difusão de informações junto aos servidores e as pessoas privadas de liberdade?

- quais são as ações de atenção à saúde dedicadas aos familiares? é feito acompanhamento periódico? há atividade de orientação e prevenção? há apoio para inserção na rede assistencial local?

- como é a oferta de atenção à saúde do egresso? há atividade de orientação e prevenção? há apoio para inserção na rede assistencial e de saúde local? A família é apoiada?

33) Como as equipes de saúde das unidades articulam-se à rede assistencial do Município?

- Como estão articuladas as estratégias de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde? Há articulação com a atenção básica municipal? Quais os indicadores?

34) As pessoas privadas de liberdade são mobilizadas e capacitadas para atuarem como multiplicadores de saúde nos seus espaços de convivência? Como são identificados e preparados? As remissões de pena são propiciadas?

35) Quais são as doenças prevalentes e qual a sua proporção?

- Como são realizadas e qualificadas as ações de atenção às doenças prevalentes?

- São elaborados e adequados protocolos de atendimento? São utilizadas as «linhas-guia» e os protocolos para as ações de monitoramento aos sentenciados/pacientes?

- Verificar os índices de morbidade - Há monitoramento e registro?
Quais as causas mais recorrentes?

36) Avaliar as linhas de ação e os indicadores epidemiológicos e de procedimentos:

- controle de tuberculose;
- controle de hipertensão e diabetes;
- dermatologia sanitária - hanseníase;
- saúde bucal;
- saúde da mulher;
- atenção à saúde materno-infantil;
- diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS;
- Atenção em saúde mental;
- Verificar ações destinadas ao atendimento ao paciente judiciário;
- Atenção a pessoas com deficiência;
- protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no sistema prisional ou ambulatorial.
- programa de imunizações: verificar se há garantia de cobertura vacinal. Como está estruturado o serviço? Como são cumpridas as agendas e campanhas?
- verificar ações pertinentes à assistência farmacêutica básica e aquisição de medicamentos. Qual o local de recebimento e dispensação dos medicamentos no Estado/Município.

37) Há promoção de educação sanitária, visando à melhora de hábitos, das condições de higiene e da alimentação?

38) Ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária.

39) Em relação à rede assistencial:

- verificar a acessibilidade e a qualidade da assistência hospitalar, de urgência e emergência no Estado/Município, bem como a forma de atendimento à população em questão;

- verificar a capacidade de atendimento, no Município, em ações suplementares de média e alta complexidades, bem como as necessidades de encaminhamento para fora do Município (Tratamento Fora do Domicílio - TFD);

- verificar as Programações Pactuadas e os Planos de Ações Articuladas da Assistência Social, bem como os fluxos de referência da rede dos serviços de média e alta complexidade;
- como são trabalhadas, junto às demais instituições do SUS, as propostas de estruturação de redes de referência especializadas para atendimento à população em questão? Como se dará a inclusão e revisão das estratégias e ações para atenção à pessoa privada de liberdade em planos municipais e estaduais de saúde, bem com nos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP).

G - Tratamento de Informações

40) Elaboração de protocolos de atenção à saúde, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS.

41) Sobre os sistemas de Informações em Saúde:

- caracterizar as tecnologias de TI utilizadas pelas unidades (equipamentos, softwares, internet, etc.);
- os custodiados são devidamente cadastrados e obtêm seu cartão único do SUS? Sistemas utilizados - (CNES, SINAN, SIA/SUS, Cartão SUS, SIAB, SISPrenatal, SISParto) - pelas Secretarias Estaduais de Saúde/Secretarias Municipais de Saúde e equipes das unidades penitenciárias.
- fazem uso (descentralizado) de tais sistemas?
- são utilizados prontuários eletrônicos? Foi implantado o sistema E-SUS?

42) Como são realizadas a coleta, o tratamento e o envio de informações sobre as ocorrências, as notificações e a produção para a atenção básica? Quais são os formulários?

43) Há um monitoramento das informações registradas?

44) Quem faz o tratamento das informações? Adm. Penitenciária? Secretaria Estadual de Saúde? Unidades prisionais? Secretarias Municipais de Saúde?

45) São gerados relatórios analíticos e gerenciais com base em tais informações?

Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências; Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS; Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

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

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução nº 9, de 18 de novembro de 2011, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), que edita as diretrizes básicas para a arquitetura penal;

Considerando a necessidade de estabelecer normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização das diretrizes de implantação e implementação da PNAISP; e

Considerando a pactuação ocorrida na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de setembro de 2013, e na 10ª Reunião Ordinária da CIT, em 12 de dezembro de 2013, resolve:

Art. 1º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas:

I - unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais;

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e

III - unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais.

Parágrafo único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes.

Art. 3º Os serviços de saúde de que trata o art. 2º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos:

I - para unidades com até 100 (cem) custodiados:

- a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou
- b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental;

II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados:

- a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou
- b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e

III - para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III.

§ 1º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de:

I - 1 (um) cirurgião-dentista;

II - 1 (um) enfermeiro;

III - 1 (um) médico;

IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e

V - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal.

§ 2º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de:

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:

a) assistência social;

b) enfermagem;

c) farmácia;

d) fisioterapia;

e) psicologia; ou

f) terapia ocupacional.

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de:

I - 1 (um) assistente social;

II - 1 (um) cirurgião-dentista;

III - 1 (um) enfermeiro;

IV - 1 (um) médico;

V - 1 (um) psicólogo;

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem;

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo:

a) assistência social;

b) enfermagem;

c) farmácia;

d) fisioterapia;

e) nutrição;

f) psicologia; ou

g) terapia ocupacional.

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de:

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:

a) assistência social;

b) enfermagem;

c) farmácia;

d) fisioterapia;

e) psicologia; ou

f) terapia ocupacional.

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no § 4º deste artigo.

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos nesta Portaria, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde.

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias:

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais;

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais.

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 2º e a composição apresentada no Anexo V.

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional.

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes descritas nesta Portaria, desde que devidamente cadastrados no SCNES.

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos Municípios.

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais.

Art. 4º Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal aos entes federativos que aderirem à PNAISP.

§ 1º O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando-se os valores constantes no Anexo I, a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

§ 2º Ao Estado será garantida uma complementação dos valores referidos no “caput”, a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do Município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do Município onde estiver localizada a equipe habilitada, publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo II.

§ 3º Ao Município que aderir à PNAISP será garantida uma complementação aos valores referidos no “caput”, a título de incentivo adicional, que será definido de acordo com a taxa da população prisional em relação à população geral do Município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento, e observará a tabela constante no Anexo III.

Art. 5º A adesão dos entes federativos à PNAISP dar-se-á mediante o cumprimento do disposto nos arts. 13 e 14 da Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, e o recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal de que trata o art. 4º fica condicionado à apresentação ao Ministério da Saúde da seguinte documentação:

I - Termo de Adesão à PNAISP efetuado pelo Estado;

II - Termo de Adesão à PNAISP efetuado pelo Município onde a unidade prisional está instalada, quando for o caso de adesão municipal; e

III - Termo de habilitação do serviço na unidade prisional, assinado pelo gestor de saúde estadual ou, quando for o caso, pelo gestor de saúde municipal, conforme Anexo IV.

Parágrafo único. Os documentos referidos no «caput» serão apresentados à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Art. 6º Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional (is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos I, II e III.

Art. 7º O incentivo financeiro de custeio mensal referido no art. 4º será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde dos entes federativos aderentes à PNAISP e relacionados no ato específico de que trata o art. 6º.

§ 1º A transferência referida no “caput” somente será efetuada após a habilitação das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), nos termos do Anexo IV.

§ 2º Aos recursos referidos no “caput” deste artigo, transferidos aos Fundos de Saúde dos entes federativos beneficiários, serão integralizados valores pertinentes ao financiamento participativo estadual, na proporção mínima de 20% (vinte por cento) do valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde.

Art. 8º O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes.

Parágrafo único. O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Art. 9º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações:

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 3º;

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos.

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas.

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do “caput”.

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata

os incisos do “caput”, providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros.

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do «caput», o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências estabelecidas nesta Portaria.

Art. 10. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 11. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 12. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 13. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 14. Os recursos federais para a execução das atividades de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20B1.0001 - Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

ANEXO I

Tabela de incentivos financeiros de custeio mensais para ações e serviços de saúde, por modalidades das equipes.

Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 501-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

ANEXO II

Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos estados, para custeio dos serviços de saúde, no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior:

Índice de Desempenho do SUS municipal - Grupo Homogêneo	Taxa de custodiados no município			
	até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	6%	7%	8%	10%
GH2	11 %	12%	13%	15%
GH3	16%	17%	18%	20%
GH4	21%	22%	23%	25%
GH5	26%	27%	28%	30%
GH6	31%	32%	33%	35%

ANEXO III

Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo, aos municípios, para custeio dos serviços de saúde no âmbito da PNAISP, constante no anexo I, baseado na taxa da população prisional e no índice de desempenho do SUS do exercício anterior:

Índice de Desempenho do SUS municipal – Grupo Homogêneo	Taxa de custodiados no município			
	até 1%	Entre 1,01% e 5%	Entre 5,01% e 10%	Acima de 10%
GH1	11 %	14%	16%	20%
GH2	21%	24%	26%	30%
GH3	31%	34%	36%	40%
GH4	41%	44%	46%	50%
GH5	51%	54%	56%	60%
GH6	61%	64%	66%	70%

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados:

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1 - 100	1	0	0
101 - 500	0	1	0
501 - 1200	0	0	1
1201 - 1300	1	0	1
1301 - 1700	0	1	1
1701 - 2400	0	0	2
2401 - 2500	1	0	2
2501 - 2900	0	1	2
2901 - 3600	0	0	3
3601 - 3700	1	0	3
3701 - 4100	0	1	3
4101 - 4800	0	1	4
4801 - 4900	1	0	4
4901 - 5300	0	1	4
5301 - 6000	0	0	5
6001 - 6100	1	0	5
6101 - 6500	0	1	5
6501 - 7200	0	0	6
7201 - 7300	1	0	6
7301 - 7700	0	1	6
7701 - 8400	0	0	7
8401 - 8500	1	0	7
8501 - 8900	0	1	7
8901 - 9600	0	0	8

DOU de 15/01/2014 (nº 10, Seção 1, pág. 37)

Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que publica o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP);

Considerando a Resolução CNPCP nº 05, de 4 de maio de 2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o Cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001;

Considerando a Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Social;

Considerando a Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e as estratégias de desinstitucionalização, no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução CNJ nº 113, de 20 de abril de 2010, que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança;

Considerando a Recomendação CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011, que na execução da Medida de Segurança, sejam adotadas políticas antimanicomiais;

Considerando a Resolução CNPCP nº 04, de 30 de julho de 2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: “HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS” de 2008;

Considerando as Diretrizes do Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária aprovadas na 372ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), em 26 de abril de 2011; e

Considerando a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Fica instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

§ 1º - O serviço referido no “caput” é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

§ 2º - O serviços referido no “caput” é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

Art. 2º É considerada beneficiária do serviço consignado nesta norma a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular.

Art. 3º O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, e contribuir para a sua implementação.

Parágrafo único - Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no «caput» desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congêneres, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congêneres e de Direitos Humanos ou congêneres.

Art. 4º - A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições:

I - Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);

II - Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;

III - Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;

IV - Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema;

V - Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;

VI - Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e

VII - Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.

§ 1º - Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local.

§ 2º - As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário.

§ 3º - Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede.

§ 4º - A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas nesta norma.

§ 5º - O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP.

Art. 5º - O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia.

Art. 6º - A coordenação do serviço disposta nesta norma é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações específicas nas instâncias colegiadas.

Art. 7º - O cadastramento do serviço consignado nesta Portaria e respectivos profissionais será realizado por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Parágrafo único - A classificação desse serviço, para cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), será estabelecida em norma própria.

Art. 8º - Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades.

Art. 9º - Para habilitação do serviço disposto nesta norma, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos:

I - Apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no anexo I a esta Portaria;

II - Apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo II a esta Portaria; e
III - Cadastrar o serviço e a equipe no CNES.

§ 1º - O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP.

§ 2º - O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde.

Art. 10 - A habilitação do serviço consignado nesta norma será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de Portaria específica.

Art. 11 - O Ministério da Saúde publicará Portaria específica disposta sobre o financiamento do serviço consignado nesta norma.

Art. 12 - Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde.

Art. 13 - O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes.

Art. 14 - Para implantação e funcionamento do serviço disposto nesta norma, compete:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído;

II - ao Estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e

demais programas de direitos de cidadania; e II - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº _____ com sede _____ CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/___/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____

Secretaria de Estado da Saúde

ANEXO II

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

1. Problemática e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal.

2. Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado.

3. Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria.

4. Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores:

INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO			
	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre

Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				

Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental.				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído:

- a) endereço principal;
- b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e
- c) Descrição da forma de organização e gestão.

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal;

7. Cronograma de ações gerais para o biênio.

Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Considerando a pactuação ocorrida na VII Reunião Ordinária da CIT, em 26 de setembro de 2013;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para a implementação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no âmbito da PNAISP, resolve:

Art. 1º Fica instituído o incentivo financeiro fixo, no valor unitário de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) mensais, para custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (SMPs), habilitado pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O número de serviços elegíveis ao recebimento do recurso financeiro consignado nesta norma, por unidade federativa, estará condicionado à demanda local e aos limites orçamentários

estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o exercício financeiro vigente à época da solicitação.

Art. 2º O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo referido nesta norma nos casos em que for constatada, por meio de verificação «in loco», solicitação oficial de informações, auditorias ou outros processos de monitoramento pertinentes, inclusive de outros órgãos de controle, uma das seguintes situações:

I - Ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem o serviço habilitado;

II - Descumprimento da carga horária mínima definida pelo gestor para os profissionais do serviço;

III - A ausência de alimentação de dados no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde por 3 (três) meses consecutivos.

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Art. 3º Os recursos federais referentes ao custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei serão repassados, mediante transferência, regular e automática, pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos de saúde.

Art. 4º O repasse dos recursos previstos nesta norma será garantido aos entes federados após efetivo cadastramento do serviço junto ao Ministério da Saúde e do início de seu funcionamento.

Art. 5º Os recursos financeiros para custeio das atividades de que trata esta Portaria são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20B1 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário.

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

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).

A Secretária de Atenção à Saúde - Substituta, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de se identificar as equipes de profissionais que integram a Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Considerando a Portaria Interministerial nº. 01, de 02 de janeiro de 2014, que aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Considerando a Portaria nº 482/GM/MS, de 01 de abril de 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e Considerando a necessidade permanente de qualificação do registro das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), buscando compatibilizar este Sistema às Políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, pactuadas com os Gestores Estaduais e Municipais de Saúde, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidas normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional.

Art. 2º Ficam incluídos, na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP), conforme a tabela a seguir:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
50	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I (EABP-I)
51	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I COM SAÚDE MENTAL (EABP-I COM SAÚDE MENTAL)
52	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II (EABP-II)
53	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II COM SAÚDE MENTAL (EABP-II COM SAÚDE MENTAL)
54	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO III (EABP-III)

§1º A composição das equipes constantes no caput deste artigo e suas regras de cadastramento estão descritas no Anexo I desta Portaria.

§2º As equipes descritas no caput deste artigo deverão estar vinculadas apenas aos estabelecimentos dos tipos 01 - POSTO DE SAÚDE, 02 - UNIDADE BÁSICA/CENTRO DE SAÚDE, 04 - POLICLÍNICA, 32 - UNIDADE MÓVEL FLUVIAL, 36 - CLÍNICA/CENTRO ESPECIALIZADO ou 40 - UNIDADE MÓVEL TERRESTRE.

§3º O cadastramento da equipe no SCNES ocorrerá previamente à publicação de Portaria específica para habilitação.

Art. 3º As Equipes da Atenção à Saúde do Sistema Penitenciário (EPEN) habilitadas pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003, deverão ser convertidas pelos gestores Municipais, Estaduais ou do Distrito Federal em uma das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), considerando a característica de cada estabelecimento, até o prazo máximo de 31 de dezembro de 2016.

Parágrafo único: Ao término do prazo estabelecido pelo caput deste artigo as equipes que não forem convertidas serão automaticamente inconsistentes pelo sistema.

Art. 4º Os recursos de custeio, segundo a Portaria nº 482/ GM/MS, de 1º de abril de 2014, serão repassados somente aos Municípios e Estados que tenham aderido à PNAISP e cujos estabelecimentos de saúde estejam habilitados, por meio de Portaria específica, com código de incentivo no CNES, conforme Anexo II.

Parágrafo único. O não atendimento aos requisitos dispostos no Art. 9º da Portaria nº 482/GM/MS, de 1º de abril de 2014, acarretará suspensão de recursos.

Art. 5º O cadastro das equipes definidas no art. 2º desta Portaria deverá ser efetuado com base na Ficha Complementar das Equipes de Saúde no Sistema Prisional, nº 26 - Cadastro de Equipes no Sistema Prisional, conforme orientação de preenchimento, constante no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. A Ficha Complementar das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) será disponibilizada no sítio eletrônico do CNES: <http://cnes.datasus.gov.br>.

Art. 6º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal será responsável pela inclusão desta equipe no SCNES, bem como a constante atualização dos dados cadastrais pertinentes a esta equipe.

Art. 7º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SGEP/MS) para que sejam efetivadas as adequações no SCNES, definidas nesta Portaria.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais para a competência posterior a da publicação.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO

ANEXO I

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DE CADASTRO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL

1 DADOS OPERACIONAIS

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO. OBSERVAÇÃO:

Enumerar todas as fichas utilizadas para o cadastro da equipe, identificando no formato NN/TT, onde NN é o número da folha e TT o total de folhas preenchidas para o cadastro de profissionais da equipe.

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 CNES

Informar o código do CNES ao qual a equipe está vinculada em todas as folhas utilizadas.

2.2 NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

Informar o Nome Fantasia do estabelecimento em todas as folhas utilizadas.

3 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 TIPO DA EQUIPE

As equipes serão identificadas a partir da tabela abaixo:

CODIGO	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
50	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I (EABP-I)
51	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I COM SAÚDE MENTAL (EABP-I COM SAÚDE MENTAL)

52	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II (EABP-II)
53	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II COM SAÚDE MENTAL (EABP-II COM SAÚDE MENTAL)
54	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO III (EABP-III)

3.5 TIPO DE SEGMENTO TERRITORIAL

Deverá também ser definido o tipo de segmento, de acordo com tabela abaixo:

CÓDIGO	TIPO DE SEGMENTO TERRITORIAL
1	URBANO
2	RURAL

3.6 POPULAÇÃO ASSISTIDA

Deverá ser informado o tipo de população assistida pela equipe de acordo com a tabela abaixo, sendo possível informar mais de uma opção de população atendida pela equipe.

CÓDIGO	POPULAÇÃO ASSISTIDA
9	PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE
10	PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

3.7 DATA DE ATIVAÇÃO

Deverá ser informada a data de ativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa).

3.8 DATA DE DESATIVAÇÃO

Deverá ser informada a data da desativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), bem como o tipo e o motivo da desativação, de acordo com as tabelas a seguir.

3.9 TIPO DE DESATIVAÇÃO

Deverá ser informado o tipo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	TIPO DE DESATIVAÇÃO
1	TEMPORÁRIA
2	DEFINITIVA

3.10 MOTIVO DA DESATIVAÇÃO

Deverá ser informado o motivo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CODIGO	DESCRIÇÃO DO MOTIVO
2	REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
3	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL MÉDICO
4	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL ENFERMEIRO
5	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA
7	PROBLEMA DE ESTRUTURA FÍSICA
8	AUDITORIA / SUPER VISÃO
10	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL TÉCNICO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM
11	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL TÉCNICO OU AUXILIAR DE SAÚDE DENTAL
12	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL PSICÓLOGO
13	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL

14	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL TERAPEUTA OCUPACIONAL
15	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA
16	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL NUTRICIONISTA
17	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

4. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 ESPECIFICAÇÕES DA EQUIPE

Os profissionais da(s) equipe(s) deverão estar cadastrados previamente no CNES do estabelecimento onde a(s) equipe(s) será(ão) cadastrada(s) e os campos (4.1.1) Nome, (4.1.2) CPF, (4.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupações, (4.1.4) Código CNS, (4.1.5) Carga Horária Semanal, (4.1.6) Pertence à equipe mínima, (4.1.12) Data de Entrada e (4.1.13) Data de Desligamento deverão ser vinculados mediante esse cadastro.

Os campos (4.1.7) Microárea, (4.1.8) Residência, (4.1.9) CH em outra equipe, (4.1.10) Carga Horária Diferenciada e (4.1.11) Atendimento Complementar não serão habilitados para preenchimento destas equipes.

Quanto ao preenchimento do campo (4.1.6) Equipe Mínima, deverá ser identificado se o profissional faz parte da equipe mínima a ser considerada em todos os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS nº 482, de 01 de abril de 2014.

Quanto à carga horária semanal (CHS), será obrigatório o preenchimento da informação do campo (4.1.5) CHS do tipo Ambulatorial, por meio da importação da informação constante no cadastro do profissional e sua totalização será consistida pelo sistema de acordo com a CHS permitida para cada CBO, estabelecida para a equipe mínima prevista no item de 4.1.

4.1 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES E CARGA HORÁRIA SEMANAL MÍNIMA

DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	PROFISSIONAIS		CHS	QTD	Faixa de Custodiados
	CBO	DESCRIÇÃO			
50 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I (EABP-I)	2235*	Enfermeiros (família)*	06	01	Unidades Prisionais com menos de 100 custodiados
	2251*	Médicos clínicos (família)*	06	01	
	3222*	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (família)*	06	01	
	2232*	Cirurgiões-dentistas (família)*	06	01	
	3224*	Técnicos ou Auxiliares de saúde bucal (família)*	06	01	
51 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I COM SAÚDE MENTAL (EABP-I COM SAÚDE MENTAL)	2235*	Enfermeiros (família)*	06	01	Unidades Prisionais com menos de 100 custodiados
	2251*	Médicos clínicos (família)*1	06	02	
	3222*	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (família)*	06	01	
	2232*	Cirurgiões-dentistas (família)*	06	01	
	3224*	Técnicos ou Auxiliares de saúde bucal (família)*	06	01	
	2239-05	Terapeuta Ocupacional; ou	06	02	
	2236*	Fisioterapeutas (família)*; ou			
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social; ou			
	2234*	Farmacêuticos (família)*; ou			
2235*	Enfermeiros (família)*				

52 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II (EABP-II)	2235*	Enfermeiros (família)*	20	01	Unidades Prisionais com 101 a 500 custodiados
	2251*	Médicos clínicos (família)*	20	01	
	3222*	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (família)*	20	01	
	2232*	Cirurgiões-dentistas (família)*	20	01	
	3224*	Técnicos ou Auxiliares de saúde bucal (família)*	20	01	
	2515*	Psicólogos (família)*	20	01	
	2516-05	Assistente Social	20	01	
	2239-05	Terapeuta Ocupacional; ou	20	01	
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2236*	Fisioterapeuta (família)*; ou			
	2237*	Nutricionista (família)*; ou			
	2234*	Farmacêutico (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social; ou			
2235*	Enfermeiros (família)*				

53 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II COM SAÚDE MENTAL (EABP-II COM SAÚDE MENTAL)	2235*	Enfermeiros (família)*	20	01	Unidades Prisionais com 101 a 500 custodiados
	2251*	Médicos clínicos (família)*1	20	02	
	3222*	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (família)*	20	01	
	2232*	Cirurgiões-dentistas (família)*	20	01	
	3224*	Técnicos ou Auxiliares de saúde bucal (família)*	20	01	
	2515*	Psicólogos (família)*	20	01	
	2516-05	Assistente Social	20	01	
	2239-05	Terapeuta Ocupacional; ou	20	01	
	2236*	Fisioterapeuta (família)*; ou			
	2237*	Nutricionista (família)*; ou			
	2234*	Farmacêutico (família)*; ou			
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social; ou			
	2235*	Enfermeiros (família)*			
	2239-05	Terapeuta Ocupacional (família)*; ou	20	02	
	2236*	Fisioterapeutas (família)*; ou			
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social (família)*; ou			
2234*	Farmacêuticos (família)*; ou				
2235*	Enfermeiros (família)*				

54 EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO III (EABP-III)	2235*	Enfermeiros (família)*	30	01	Unidades Prisionais com 501 a 1.200 custodiados
	2251*	Médicos clínicos (família)*1	30	02	
	3222*	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (família)*	30	01	
	2232*	Cirurgiões-dentistas (família)*	30	01	
	3224*	Técnicos ou Auxiliares de saúde bucal (família)*	30	01	
	2515*	Psicólogos (família)*	30	01	
	2516-05	Assistente Social	30	01	
	2239-05	Terapeuta Ocupacional; ou	30	01	
	2236*	Fisioterapeuta (família)*; ou			
	2237*	Nutricionista (família)*; ou			
	2234*	Farmacêutico (família)*; ou			
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social; ou			
	2235*	Enfermeiros (família)*			
	2239-05	Terapeuta Ocupacional (família)*; ou	30	02	
	2236*	Fisioterapeutas (família)*; ou			
	2515*	Psicólogos (família)*; ou			
	2516-05	Assistente Social (família)*; ou			
2234*	Farmacêuticos (família)*; ou				
2235*	Enfermeiros (família)*				

* É necessário que pelo menos um destes profissionais seja médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental.

Para os profissionais que forem incorporados à equipe mínima, haverá consistência de carga horária.

Os profissionais das Equipes de Saúde no Sistema Prisional poderão ser originárias dos demais serviços da Rede de Atenção Saúde, desde que não excedam a Carga Horária Semanal máxima

que seu vínculo de trabalho ou a legislação vigente permita, ou desde que não estejam cadastradas cumulativamente em outras estratégias/programas que exijam dedicação exclusiva.

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família poderão dedicar parte de sua carga horária semanal para compor as Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, sendo as horas dedicadas cadastradas no SCNES no campo “Carga Horária Diferenciada”.

OBSERVAÇÃO: Será permitido e considerado para efeito do financiamento das equipes, o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de desligamento do profissional na equipe, para substituição por outro profissional. Ao final deste prazo, será bloqueada a exportação dos dados da equipe.

ANEXO II

TABELA DE DESCRIÇÃO DO INCENTIVO EM SAÚDE PRISIONAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO INCENTIVO
8116	ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional <1%
8117	ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional 1 a 5%
8118	ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional >5 a 10%
8119	ESP em municípios com GH = 1 e taxa de população prisional >10%
8120	ESP em municípios com GH = 2 e taxa de população prisional <1%
8121	ESP em municípios com GH = 2 e taxa de população prisional 1 a 5%
8122	ESP em municípios com GH = 2 e taxa de população prisional >5 a 10%
8123	ESP em municípios com GH = 2 e taxa de população prisional >10%
8124	ESP em municípios com GH = 3 e taxa de população prisional <1%
8125	ESP em municípios com GH = 3 e taxa de população prisional 1 a 5%
8126	ESP em municípios com GH = 3 e taxa de população prisional >5 a 10%
8127	ESP em municípios com GH = 3 e taxa de população prisional >10%
8128	ESP em municípios com GH = 4 e taxa de população prisional <1%
8129	ESP em municípios com GH = 4 e taxa de população prisional 1 a 5%
8130	ESP em municípios com GH = 4 e taxa de população prisional >5 a 10%
8131	ESP em municípios com GH = 4 e taxa de população prisional >10%
8132	ESP em municípios com GH = 5 e taxa de população prisional <1%
8133	ESP em municípios com GH = 5 e taxa de população prisional 1 a 5%
8134	ESP em municípios com GH = 5 e taxa de população prisional >5 a 10%
8135	ESP em municípios com GH = 5 e taxa de população prisional >10%
8136	ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional <1%
8137	ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional 1 a 5%
8138	ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional >5 a 10%
8139	ESP em municípios com GH = 6 e taxa de população prisional >10%

- a) Grupo Homogêneo (GH) refere-se ao Índice de Desempenho do SUS por município, publicado pelo Ministério da Saúde;
- b) a taxa de população prisional é o percentual de pessoas sob custódia em unidades prisionais localizadas no município em relação à população geral deste.

Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de se identificar as equipes e profissionais que integram o Serviço de Saúde no Sistema Prisional; Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777/MS/MJ, de 9 de setembro de 2003, que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que aprova a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional;

Considerando a Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 95/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, que dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando a necessidade permanente de qualificação do registro das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), buscando compatibilizar este Sistema às Políticas implementadas pelo Ministério da Saúde, pactuadas com os Gestores Estaduais e Municipais de Saúde, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidas normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP).

Art. 2º Fica incluído, na Tabela de Equipes do SCNES, o seguinte tipo de equipe:

CODIGO	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
49	EQUIPE DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (EAP)

§1º A composição da equipe constante no caput deste artigo e suas regras de cadastramento estão descritas no Anexo I desta Portaria.

§2º A equipe descrita no caput deste artigo deverá estar vinculada apenas aos estabelecimentos do tipo: 01 Posto de Saúde, 02 Unidade Básica/Centro de Saúde, 04 Policlínica, 32 Unidade Móvel Fluvial, 36 Clínica/Centro Especializado, 40 Unidade Móvel Terrestre, 62 Hospital Dia/Isolado, 68 Secretaria de Saúde ou 70 Centro de Atenção Psicossocial. §3º O serviço referido neste caput não deve ser instalado em Unidades Prisionais.

§4º Os profissionais que compõem o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei poderão ser originários dos demais serviços da Rede de Atenção Saúde, desde que não excedam a Carga Horária Semanal máxima que seu vínculo de trabalho ou a legislação vigente permita, ou desde que não estejam cadastrados cumulativamente em outras estratégias/programas que exijam dedicação exclusiva.

§5º O cadastramento da equipe 49 EAP no SCNES, de que trata o caput deste artigo, ocorrerá previamente à publicação de Portaria específica para habilitação.

Art. 3º Fica incluído, na tabela de População Assistida do SCNES, os seguintes tipos de população:

CÓDIGO	POPULAÇÃO ASSISTIDA
09	PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE
10	PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Art. 4º Fica alterada a Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde (FCES) nº 26 - Cadastro de Equipes no Sistema Penitenciário, que passa a se chamar Cadastro de Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), conforme Anexo II.

§1º O cadastro das equipes definidas no art. 2º desta Portaria deverá ser efetuado com base na Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde (FCES) nº 26 - Cadastro de Equipes de Saúde no Sistema Prisional, conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I a esta Portaria.

§2º A FCES citada no caput deste artigo será disponibilizada no sítio eletrônico do CNES <http://cnes.datasus.gov.br>.

Art. 5º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal será responsável pela inclusão desta equipe no SCNES, bem como a constante atualização dos dados cadastrais pertinentes à esta equipe.

Art. 6º O Ministério da Saúde suspenderá o repasse do incentivo referido nesta norma nos casos em que for constatada, por meio de verificação «in loco», solicitação oficial de informações, auditorias ou outros processos de monitoramento pertinentes, inclusive de outros órgãos de controle, uma das seguintes situações:

- I - Ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem o serviço habilitado;
- II - Descumprimento da carga horária mínima definida pelo gestor para os profissionais do serviço;
- III - A ausência de alimentação de dados no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde por 90 (noventa) dias consecutivos.

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Art. 7º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), providenciar junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/SGEP/MS) para que sejam efetivadas as adequações no SCNES, definidas nesta Portaria.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais para a competência posterior a da publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO I

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DE CADASTRO DE EQUIPES DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

1 DADOS OPERACIONAIS

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO. OBSERVAÇÃO: Enumerar todas as fichas utilizadas para o cadastro da equipe, identificando no formato NN/TT, onde NN é o número da folha e TT o total de folhas preenchidas para o cadastro de profissionais da equipe.

2 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 CNES

Informar o código do CNES ao qual a equipe está vinculada em todas as folhas utilizadas.

2.2 NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO

Informar o Nome Fantasia do estabelecimento em todas as folhas utilizadas.

3 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 TIPO DA EQUIPE

Informar o Tipo de Equipe código 49 EAP - Equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei.

3.2 IDENTIFICADOR NACIONAL DE EQUIPE (INE)

Informar o código INE gerado para equipe na Base Nacional.

3.3 NOME DE REFERÊNCIA DA EQUIPE

A equipe deverá ser identificada pelo nome de referência (nome fantasia) em todas as folhas utilizadas.

3.4 POPULAÇÃO ASSISTIDA

Deverá ser informado o tipo de população assistida pela equipe de acordo com a tabela a seguir, sendo possível informar mais de uma opção de população atendida pela equipe.

CÓDIGO	POPULAÇÃO ASSISTIDA
09	PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE
10	PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

3.6 DATA DE DESATIVAÇÃO

Deverá ser informada a data da desativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), bem como o tipo e o motivo da desativação, de acordo com as tabelas a seguir.

3.7 TIPO DE DESATIVAÇÃO

Deverá ser informado o tipo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	TIPO DE DESATIVAÇÃO
01	TEMPORÁRIA
02	DEFINITIVA

3.8 MOTIVO DA DESATIVAÇÃO

Deverá ser informado o motivo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO MOTIVO
03	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL MEDICO
04	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL ENFERMEIRO
08	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL PSICOLOGO
09	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL ASSISTENTE SOCIAL
14	PROBLEMA DE ESTRUTURA FÍSICA
15	AUDITORIA/SUPERVISÃO
16	AUSÊNCIA DE EQUIPE MÍNIMA

4 CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 ESPECIFICAÇÃO DA EQUIPE

Os profissionais da(s) equipe(s) deverão estar cadastrados previamente no CNES do estabelecimento onde a(s) equipe(s) será (ão) cadastrada(s) e os campos (4.1.1) Nome, (4.1.2) CPF, (4.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupações, (4.1.4) Código CNS, (4.1.5) Carga Horária Semanal, (4.1.6) Pertence à equipe mínima, (4.1.12) Data de Entrada e (4.1.13) Data de Desligamento deverão ser vinculados mediante esse cadastro.

Os campos (4.1.7) Microárea, (4.1.8) Residência, (4.1.9) CH em outra equipe, (4.1.10) Carga Horária Diferenciada e (4.1.11) Atendimento Complementar não serão habilitados para preenchimento destas equipes.

Quanto ao preenchimento do campo (4.1.6) Equipe Mínima deverá ser identificado se o profissional faz parte da equipe mínima a ser considerada em todos os critérios estabelecidos na Portaria MS/GM Nº 94, de 14 de janeiro de 2014.

Quanto à carga horária semanal (CHS) será obrigatório o preenchimento da informação do campo (4.1.5) CHS do tipo Ambulatorial e outros (profissionais com formação em ciências humanas ou sociais) será por meio da importação da informação

constante no cadastro do profissional e sua totalização será consistida pelo sistema de acordo com a CHS permitida para cada CBO, estabelecida para a equipe mínima prevista no item de 4.2.

4.2 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

A composição da equipe, bem como a indicação dos profissionais pertencentes à equipe mínima deverá obedecer a regra definida na tabela a seguir:

CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO	CHS MÍNIMA	QUANTIDADE MÍNIMA
2516-05	ASSISTENTE SOCIAL	30	1
2235*	ENFERMEIROS*	30	1
2251*	MÉDICOS CLÍNICOS**	30	1
2515*	PSICÓLOGOS*	30	1
2410*	ADVOGADOS*	30	1
2234*	FARMACÊUTICOS*		
2394-15	PEDAGOGO		
2033*	PESQUISADORES EM CIÊNCIA DA SAÚDE*		
2035*	PESQUISADORES EM CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS*		
2 2 11 - 2 0	SOCIÓLOGO		
2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL		
2 5 11 - 0 5	ANTROPÓLOGO		

*Será admitida a inclusão de qualquer CBO relacionada à família de CBO;

** É necessário que este profissional seja Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em saúde mental

ANEXO II

FICHA COMPLEMENTAR DE CADASTRO DE EQUIPES DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL /PT SAS Nº 14

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Cadastro de Equipes de Saúde no Sistema Prisional

Ficha nº 26

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Tipo da Equipe

Cód. Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Nome de Referência da Equipe

3.4 - População Assistida

09 Pessoa Privada de Liberdade

10 Pessoa com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei

3.5 - Data de Ativação

3.6 - Data de Desativação

3.7 - Tipo da Desativação

Cód. Descrição

3.8 - Motivo da Desativação

Cód. Descrição

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 - Pertence a Equipe Mínima? SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 - Pertence a Equipe Mínima? SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 - Pertence a Equipe Mínima? SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 - Pertence a Equipe Mínima? SIM NÃO

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

4.1.6 - Data de Entrada

4.1.7 - Data de Desligamento

4.1.8 - Pertence a Equipe Mínima? SIM NÃO

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs

Legislação em Saúde

www.saude.gov.br/saudelegis



Ministério da
Saúde

Governo
Federal