

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PLANO NACIONAL DE SAÚDE
NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

3.^a EDIÇÃO

SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE

LISTA DE ABREVIATURAS

- BPA:** Boletim de Produção Ambulatorial
- CadSUS:** Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde
- CIB:** Comissão Intergestores Bipartite
- CIT:** Comissão Intergestores Tripartite
- Conass:** Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Conasems:** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- CNPCP:** Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
- Depen:** Departamento Penitenciário Nacional
- ESF:** Equipe de Saúde da Família
- HCTP:** Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ONU:** Organização das Nações Unidas
- PAB:** Piso de Atenção Básica
- PNSSP:** Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
- SIA:** Sistema de Informação Ambulatorial
- Siab:** Sistema de Informação da Atenção Básica
- SINAN –** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- UBS:** Unidades Básicas de Saúde
- UP:** Unidade Prisional

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Revisão do PNSSP
3. Caracterização da População Penitenciária
 - 3.1 Caracterização das instalações prisionais
 - 3.1.1 HCTP
4. Diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
5. Objetivos da atenção à saúde da população privada de liberdade
6. Ações de saúde no sistema penitenciário
7. Fluxo para qualificação de estados e municípios ao plano nacional de saúde no sistema penitenciário
8. O Plano Operativo Estadual – POE
 - 8.1 Administração do PNSSP
 - 8.2 Operacionalização do PNSSP
 - 8.3 Referência e Contra Referência
 - 8.4 Recursos Humanos
 - 8.5 Financiamento
 - 8.6 Sistema de Informação
 - 8.7 Cartão nacional de saúde
 - 8.8 Monitoramento e avaliação
 - 8.9 Responsabilidades da Esfera Federal, Estados e Municípios
 - 8.10 Avaliação e Acompanhamento
8. Suspensão do repasse
9. Referências Bibliográficas

Anexos

ANEXO A – Portaria Interministerial n.º, de

ANEXO B – Portaria Interministerial n.º 3.343 de 26 de dezembro de 2006

ANEXO C Portaria n.º 154 de 18 de março de 2008

ANEXO D Portaria n.º 2.831 de 05 de novembro de 2007

1. INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

O PNSSP foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

O modelo de atenção pautada como prioridade por este Ministério busca a efetiva integralidade das ações, representada pela incorporação do modelo epidemiológico. Esse modelo de atenção incorpora a articulação necessária com outros setores, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Institucionalização do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário:

- Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite
- Aprovado na 12.^a Conferência Nacional de Saúde
- Aprovado no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/Ministério da Justiça
- Incluído no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual

2. REVISÃO DO PNSSP

A criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2003, foi uma ação governamental estratégica, em consonância com a legislação vigente, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive aquela confinada em estabelecimentos prisionais. O PNSSP, dessa maneira, é um instrumento para inclusão, no SUS, das pessoas privadas de liberdade, e uma forma de fazer chegar às unidades prisionais ações, serviços e profissionais de saúde.

O balanço desses anos do PNSSP apresenta desafios e conquistas. No que diz respeito às ações de prevenção, promoção e recuperação, alguns estados têm desenvolvido iniciativas que merecem um olhar mais atento. Mediante articulação com as Secretarias de Saúde e as Secretarias responsáveis pela Administração Penitenciária, esses estados têm trabalhado na formação de presos como multiplicadores de saúde. Além da remição da pena, há um acompanhamento mais efetivo de agravos como a tuberculose e o HIV/aids, e garante-se a continuidade do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde. Iniciativas como essa têm obtido resultados relevantes, como a cobertura da maioria da população penitenciária nos locais onde são aplicadas

Em 2009, a partir da análise dos Relatórios de Gestão dos estados, das visitas de monitoramento/acompanhamento aos nove primeiros estados qualificados, realizados em conjunto com o DEPEN/MJ, das recomendações das Consultas Regional e Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, além de relatos de gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça concluíram que era o momento adequado para se proceder uma ampla revisão do PNSSP, a fim de adequá-lo às realidades locais, objetivando a melhoria das ações de saúde direcionadas à população penitenciária.

Com esse intuito, foi realizada no mês de fevereiro de 2010 uma Consulta Prévia, possibilitando a participação de profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores, órgãos de classe, sociedade civil e outros. As contribuições formaram um consolidado que subsidiou os eixos de discussão do Encontro Nacional Para revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado nos dias 11 e 12 de março de 2010, em Brasília.

Essa 3ª edição do PNSSP é o resultado das discussões e, assim, espera-se que contribua para o aprofundamento das ações de saúde no sistema penitenciário brasileiro.

3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA

As pessoas privadas de liberdade, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais, incluindo o acesso a ações e serviços de saúde física e mental. A minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros é fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde.

Entre os quase 190 milhões de habitantes no país, espalhados em 27 estados e mais de cinco mil municípios, quase meio milhão estão confinados nas mais de 1.700 unidades prisionais, distribuídas em todas as regiões e estados do país. A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 31 mil mulheres e mais de 442 mil homens. Dessas, pelo menos 417 mil estão sob a custódia do sistema penitenciário e mais de 57 mil estão sob a custódia das polícias/segurança pública, segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (dezembro/2009). Estas pessoas encontram-se distribuídas tanto nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro quanto nas unidades prisionais ainda sob a administração das polícias/segurança pública.

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens – homens negros e pardos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. O conjunto de atividades das equipes de saúde nas unidades prisionais deve englobar a prevenção em DST/aids, independente da raça, etnia, idade, sexo, orientação sexual, identidade de gênero e natureza do crime.

Entre as mulheres presas, um novo panorama tem se apresentado para o Brasil entre os anos de 2000 a 2009. O encarceramento de mulheres tem sido proporcionalmente três vezes maior que o encarceramento masculino, segundo dados do Ministério da Justiça (2009) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2007). Estas mulheres são, em geral, jovens, mães solteiras, afro-descendentes, e “na maioria dos casos, condenadas por envolvimento com tráfico de drogas, sendo que a maioria ocupa uma posição secundária na estrutura do tráfico” (SPM 2007). Encontram-se, geralmente, reclusas em cadeias ou unidades para presas provisórias, destinadas à espera do julgamento, sendo que

estes estabelecimentos não possuem estrutura adequada a um espaço de cumprimento de pena.

Além da inexistência de espaços para o desenvolvimento de ações de saúde, há insuficiência de berçários, locais para a realização das visitas íntimas, e mesmo espaços de lazer, como campos de esporte, ou espaços para trabalho, educação e cultura, como mostram dados da SPM (2007) e o Relatório Final da CPI do Sistema Carcerário (2008).

No Brasil, a distribuição da população prisional por estado e região é muito desproporcional. Os estados de São Paulo, Minas Gérias, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul juntos contabilizam quase 60% da população penitenciária nacional. Os recursos financeiros, humanos e institucionais também variam muito de uma unidade federada para outra, retratando realidades diferenciadas de confinamento e assistência a essa população.

Vale a pena grifar que o conjunto da população penitenciária é de pessoas pobres, condenadas por crimes contra o patrimônio, a maioria conexas ao microtráfico de drogas ilícitas. Poucos, entre eles, foram alfabetizados ou completaram o ensino fundamental; tampouco possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

3.1 SITUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES PRISIONAIS

Aproximadamente 34% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias. Estas unidades, a princípio, destinam-se a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado. No entanto, como os próprios dados oficiais do DEPEN/MJ indicam, essas unidades absorvem tanto presos em regime fechado quanto aqueles em caráter provisório. As colônias agrícolas, industriais ou similares recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semi-aberto e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados à custódia de presos provisórios.

A questão da saúde no sistema penitenciário não pode ser dissociada de problemas inerentes ao sistema: a superlotação, a política repressiva contra drogas, a pressão social pelo endurecimento das penas e a insalubridade são fatores que contribuem para o surgimento e agravamento de problemas de saúde na população penitenciária. Aparte tais barreiras, há desafios associados, como o de assentar a intersectorialidade de lógicas distintas como a da saúde e da segurança em âmbito prisional, migrar de uma dinâmica essencialmente curativa para preventiva, contratar e capacitar recursos humanos, entre outros.

A superlotação é fator de vulnerabilidade que deve ser enfatizado. Entre 1992 e 2007 é possível observar um crescimento de 370% entre a população em privação de liberdade no mundo. No Brasil, o quadro não é diferente, encontrando-se uma taxa de ocupação de 160% em 2009.

Mesmo com infra-estrutura adequada (o que é raro), a entrada progressiva de novos presos e presas, associada à insalubridade dela decorrente, é não somente uma das maiores barreiras da atuação da saúde no sistema penitenciário, mas também uma das razões pelas quais a dinâmica permanece curativa. Dados recentes do DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional, órgão do Ministério da Justiça responsável pela administração prisional em âmbito federal, apontam que se apenas o Estado de São Paulo quisesse acompanhar a demanda prisional, uma penitenciária com 500 vagas teria de ser criada a cada 30 dias.

3.1.1 HCTP

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), embora tenham a palavra hospital em sua denominação, não são exatamente unidades hospitalares. Trata-se de uma Unidade Prisional ou Ala de Tratamento Psiquiátrica, destinada a pessoas que cumprem medida de segurança, por preencherem dois requisitos: 1) terem cometido crime passível de punição e 2) serem portadores de transtornos mentais e, conseqüentemente, considerados inimputáveis.

Nesse sentido, a equipe de saúde constante nessas unidades prisionais ou alas de tratamento deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que tem como

objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) –, incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado e garantir tratamento digno e de qualidade a pessoas submetidas à medida de segurança (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), primando pelas diretrizes do SUS e da Lei Federal 10.216/01.

4. DIRETRIZES DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

4.1. Integralidade

- As equipes de saúde no sistema penitenciário devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde da população privada de liberdade contemplando a promoção da saúde e o controle dos agravos prevalentes;
- A gestão das ações de saúde no sistema penitenciário deverão estabelecer uma dinâmica inclusiva para atender às demandas emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção;
- A atenção integral à saúde da população privada de liberdade refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

4.2. Intersetorialidade

- As ações de saúde no sistema penitenciário deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla objetivando a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos das pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, especialmente segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação.

4.3. Hierarquização

- A atenção integral à saúde da PP é responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um.

4.4. Humanização

- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito;
- O atendimento à saúde da população penitenciária deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde;
- Esse enfoque inclusivo deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

4.5. Participação Social

- A elaboração, execução e avaliação das ações de saúde para a população penitenciária deverão ser estimuladas e apoiadas pela participação da sociedade civil organizada.

5. OBJETIVOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

1. Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
2. Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;
3. Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
4. Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
5. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
6. Garantir o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
7. Estimular o efetivo exercício do controle social;

6. AÇÕES DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1. Implantar ações de promoção de saúde;
2. Adotar medidas de proteção específica como vacinação;
3. Desenvolver ações de prevenção para tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, hepatites, DST/aids, agravos psicossociais decorrentes do confinamento, saúde bucal, atenção ao pré-natal e ao parto e outras ações específicas da Política Nacional de Saúde da Mulher;
4. Definir protocolo mínimo de atendimento à população penitenciária quando do seu ingresso na unidade prisional;
5. Articular a referência aos níveis de maior complexidade e garantir o acesso da população penitenciária a essa rede;

6. Organizar e alimentar os sistemas de informação disponíveis sobre saúde da população penitenciária;
7. Estimular a capacitação e sensibilização de gestores e profissionais de saúde.

7. FLUXO PARA QUALIFICAÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1. Formalização e envio, pelos Secretários de Saúde e Justiça (ou correlatos), do Termo de Adesão ao Ministério da Saúde;
2. Elaboração do Plano Operativo Estadual (POE) pelas Secretarias de Saúde e Justiça.
3. Envio pelas Secretarias de Estado de Saúde do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde para assessoria e avaliação;
4. Apresentação, para fim de aprovação, do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde (CES) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
5. Aprovação dos Planos Operativos Estaduais (POE) pelo Ministério da Saúde, como condição para que os estados e os municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
6. Cadastro dos estabelecimentos e das equipes de saúde das unidades prisionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
7. Publicação no Diário Oficial da União da Portaria de Qualificação.
8. Após publicação da portaria de qualificação, início do repasse do incentivo financeiro

8. O PLANO OPERATIVO ESTADUAL (POE)

O Plano Operativo Estadual (POE) é instrumento fundamental dentro do processo de qualificação do Estado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Os POE têm por objetivo estabelecer as metas gerais e específicas dos estados, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional.

O POE é instrumento de planejamento para a implantação de uma política, mas tem como objetivos também, a elaboração e o desenvolvimento de uma proposta para atuação em parceria entre órgãos/entidades públicas, sociedade civil, academia, entre outros.

No POE devem constar ações que visem estimular a municipalização da gestão da saúde no sistema penitenciário, de acordo com as diretrizes do SUS.

8.1. ADMINISTRAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A elaboração do Plano Operativo se dá no momento da pactuação para a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário no estado e nos municípios, conjuntamente à construção da proposta, inclusive quanto às responsabilidades financeiras e orçamentárias.

Também deve ficar bastante evidente o fluxo de repasse intersecretarias do incentivo recebido dos Ministérios da Saúde e da Justiça, para que não existam dificuldades de execução financeira.

A administração do PNSSP deve ser pactuada no âmbito de cada Estado/Município, através da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores estaduais/municipais de saúde e da administração prisional, com as responsabilidades definidas em conformidade com o item 6.6 abaixo.

8.2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PNSSP

A operacionalização do PNSSP deve ser baseada no Plano de Metas, elaborado anualmente, onde devem constar obrigatoriamente:

- a) planejamento para aplicação dos recursos do incentivo financeiro para as ações de saúde;
- b) ações continuadas de promoção da saúde da população penitenciária, com resultados esperados;
- c) campanhas direcionadas a agravos específicos, detectados nessa população;
- d) inserção da população penitenciária nas campanhas do Ministério da Saúde;
- e) planejamento da necessidade e dispensação de medicamentos necessários (tanto os do kit básico do MS quanto aqueles adquiridos pelo estado/município);
- g) alimentação dos sistemas de informação dos Ministérios da Saúde e da Justiça;
- h) envio do Relatório de Gestão Anual ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 90 (noventa) dias do encerramento do ano civil, com aprovação no Conselho Estadual/Municipal de Saúde, conforme Portaria Interministerial nº 3.343/MS/MJ, de 28 de dezembro de 2006;
- i) pactuação das metas conforme PPI e POE;
- j) definição da responsabilidade pela gestão do POE
- l) definição da responsabilidade pela gestão das ações de saúde nas unidades prisionais
- m) garantia da participação de gestores estaduais da saúde no sistema penitenciário nos espaços de discussão (câmaras técnicas, conselhos de saúde, conselhos de comunidades, comissões de saúde);
- n) pactuação das referências para níveis de maior complexidade;
- o) encaminhamento ao juízo da execução penal da solicitação do cumprimento da remição de pena dos multiplicadores de saúde, conforme disposto no § 3º do Art. 9º.

Os estados que optarem pela municipalização do Plano, devem necessariamente incluir os gestores municipais de saúde e os diretores de presídios nas discussões de elaboração dos POE, já que a responsabilidade pela execução das ações, neste caso, é dos municípios. Apesar da atenção básica em saúde ser municipalizada, os municípios que desejarem assumir as ações de saúde no sistema penitenciário devem passar esta decisão nos Conselhos Municipais de Saúde. Estes devem manifestar anuência, por meio de registro em ata, sobre o município assumir as ações de atenção básica em unidades prisionais, conforme o POE, e esta ata deve ser encaminhada ao Ministério da Saúde para conhecimento.

O município poderá assumir as ações de saúde nos estabelecimentos prisionais, independente da quantidade de pessoas presas nestes estabelecimentos.

8.3 REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

As ações de saúde no sistema penitenciário desenvolvidas intramuros são voltadas para prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde, primando pela atenção integral à saúde, priorizando ações voltadas a saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coletas de exames laboratoriais.

O acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada Estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). É necessário que o estabelecimento de referência seja definido antes da formalização da qualificação, constando as unidades mais próximas das UP e que tenham condição de atendimento a essa população.

As referências estabelecidas deverão, preferencialmente, estar inseridas no Sistema de Regulação do SUS, com o objetivo de agilizar e institucionalizar o processo.

8.4 RECURSOS HUMANOS

As equipes de saúde no sistema penitenciário devem primar pela integralidade da atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, tendo por base legal a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional de Saúde na forma das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e os tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais o planejamento das ações e o trabalho em equipe, contemplando a “Porta de entrada” do sistema (primeiro nível de assistência), assim como um projeto terapêutico com metas pactuadas no estado (Pacto pela Saúde).

A equipe de saúde deverá atuar na Unidade Prisional, em espaço específico, e será composta, idealmente, pelos seguintes profissionais, cadastrados no CNES, com uma carga horária mínima recomendada de 20 horas por semana:

- Médica (o);
- Enfermeira (o);
- Odontóloga (o);
- Psicóloga (o);
- Assistente Social;
- Auxiliar ou Técnica (o) de Enfermagem.

A conformação da equipe e a carga horária deverão levar em conta a população-alvo, as metas estabelecidas e pactuadas no POE. Isso significa dizer que o gestor das ações de saúde poderá eventualmente fazer substituições dentro da própria equipe, não implicando em descadastramento. Todas as alterações devem ser comunicadas ao Ministério da Saúde.

É facultado às unidades prisionais o atendimento por profissionais que podem ser da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, respeitando a composição da equipe citada anteriormente, mantidas as recomendações sobre carga horária e formas de contratação pactuadas.

Em municípios onde houver unidades prisionais dentro de uma área de adscrição de uma Equipe de Saúde da Família, esta poderá ser a mesma a ser cadastrada no CNES do serviço de saúde penitenciário, desde que acrescida de psicólogo e assistente social, que geralmente não compõem a mesma.

Pessoas presas poderão ser treinadas como multiplicadores de saúde. Caso o estado/município faça esta opção, deve-se levar em conta as questões legais da execução da tarefa e do tempo de trabalho a ser considerado para remição de pena.

Formas alternativas de prestação de atendimento à população penitenciária como, por exemplo, as unidades móveis, têm sido utilizadas por alguns estados e municípios. Como essas alternativas são muito variadas, a proposta para sua utilização deverá ser encaminhada aos Ministérios da Saúde e da Justiça para análise individualizada. Tal proposta deverá conter, obrigatoriamente: justificativa para uso de outra forma que não as preconizadas nesse Plano, população a ser atendida, periodicidade do atendimento, custo estimado e resultados esperados.

Às equipes de saúde atuando no sistema penitenciário deve ser garantido o acesso a programas de educação continuada, por meio de recursos financeiros oriundos das três esferas de gestão. Recomenda-se que aos profissionais recém-admitidos seja oferecido curso(s) de formação relacionado(s) às especificidades do contexto do sistema penitenciário, especialmente quanto às questões relacionadas à ética profissional e aos direitos humanos. Além disso, é importante o desenvolvimento de ações educativas de capacitação e sensibilização para a importância da questão da saúde no sistema penitenciário para todos os profissionais atuando no contexto prisional, incluindo diretores e agentes penitenciários.

As Secretarias de Saúde e aquelas responsáveis pela administração prisional, tanto no âmbito estadual quanto municipal, deverão promover capacitação das equipes de saúde atuantes no sistema penitenciário, de forma contínua, sistematizada, que pode utilizar os recursos do incentivo financeiro.

A título de sugestão, a programação deverá contemplar, no mínimo:

- . legislação do SUS
- . Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
- . Plano Operativo Estadual/Municipal
- . funções dos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde
- . sistemas de informação dos Ministérios da Saúde e Justiça, bem como as formas de alimentação dos mesmos
- . direitos humanos

- . agravos de notificação compulsória
- . calendário de vacinação
- . medicamentos que compõem a farmácia básica
- . entre outros temas, respeitando as especificidades de cada unidade ou região.

Para que o nível federal possa cumprir suas funções de monitoramento e avaliação, as programações das capacitações e lista de participantes deverão ser enviadas aos Ministérios da Saúde e Justiça ao final de cada curso.

Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade, entendendo as representações sociais da doença, podem induzir mudanças significativas no Sistema Penitenciário Brasileiro.

8.5 FINANCIAMENTO

Na realização dos censos demográficos, a população penitenciária é considerada pelo IBGE como população residente daquele município e estado. Desta forma, esta população está contemplada nos repasses de recursos federais para atenção básica, de média e alta complexidade.

Com o intuito de transformar o PNSSP, efetivamente, em uma estratégia de fazer chegar à população penitenciária as ações e os serviços de saúde, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, compartilhado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça.

O PNSSP, de 2003 a 2010 previa o repasse do incentivo em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, ou seja, o incentivo destinado a unidades com mais de 100 pessoas presas, nas quais deve ser implantada uma equipe para cada grupo de até 500 presos, correspondia a R\$ 64.000,00 por ano por equipe. Para as unidades com até 100 pessoas presas o incentivo era de R\$32.000,00 por ano, por estabelecimento, em virtude de que os profissionais de saúde atuantes nessas unidades pertenciam à SMS com carga horária menor à das equipes atuantes nas unidades com mais de 100 presos.

Após o Encontro para Revisão do Plano foi consensuada, em plenária final, a mudança da lógica de repasse, passando o valor do incentivo a ser calculado a partir do

número de presos por estado e monitorado e avaliado por meio de indicadores de desempenho e metas pré-definidas.

O referido repasse será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais/Municipais, obedecendo as regras que regulam a transferência de recursos financeiros a estados e municípios, estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O Ministério da Justiça dispõe de recursos, via convênio, para construção, reforma e aquisição de equipamentos e material permanente, que devem ser solicitados em tempo hábil com a finalidade de não prejudicar o desenvolvimento das ações de saúde nas unidades prisionais.

8.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Entende-se por Sistema de Informação o conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, informatizados ou não, com a finalidade de atender às necessidades de informações de órgãos e instituições, programas e serviços.

As ações de saúde no sistema penitenciário deverão ser incluídas nos sistemas de informações do SUS. Para tanto, os profissionais responsáveis por essas ações devem alimentar prioritariamente os seguintes bancos de dados, entre outros:

- SIA/SUS;
- SIAB;
- SINAN;
- SIM;
- FORMSUS

É de responsabilidade da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde comunicar aos gestores estaduais do PNSSP alterações que ocorram nesses bancos de dados.

As unidades de saúde no sistema penitenciário deverão ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS), conforme Portaria n.º 268, de 17 de setembro de 2003, e Portaria n.º 154, de 18 de março de 2008, para as quais foi criado especificamente o Serviço de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, código 100, com as seguintes classificações:

- 001: para Presídios, Penitenciárias e Colônias Penais, com população de até 100 pessoas presas;
- 002: para Manicômios Judiciários, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Sanatórios Penais, com população de até 100 pessoas presas;
- 003: para Presídios, Penitenciárias e Colônias Penais, com população acima de 100 pessoas presas;
- 004: para Manicômios Judiciários, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Sanatórios Penais, com população acima de 100 pessoas presas.

As unidades prisionais que tiverem as unidades de saúde implementadas receberão um código no CNES sendo imprescindível que os profissionais estejam registrados na folha 8/14 na "*ficha de cadastro de profissionais do SUS*".

8.7 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instrumentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS. No caso de a pessoa presa não ter documentos que possibilitem a confecção do Cartão Nacional de Saúde, conforme preconizado, poderá ser utilizado o número de seu cadastro criminal para confecção do referido cartão, que deve ser providenciado logo à entrada no sistema penitenciário, pois é ele que possibilita o acesso da pessoa presa a tratamentos especializados, bem como o acompanhamento de sua situação de saúde ao longo do tempo, tanto fora quanto dentro do sistema penitenciário.

8.8 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais são realizados com base nos seguintes instrumentos de gestão:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Planilhas de Acompanhamento;
- Relatório de gestão anual aprovado nos Conselho Estadual/Municipal de Saúde;
- Visitas de monitoramento;
- Atualização continuada dos sistemas de informação do SUS.

Caso esses Sistemas de Informações não sejam alimentados em consonância com as orientações do PNSSP, por dois meses consecutivos ou ainda por três meses alternados, resultará na suspensão do repasse do Incentivo.

O cadastramento dos Estabelecimentos e das Equipes de Saúde no CNES (realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde) é um dos passos necessários para a qualificação dos Estados. Na prática, significa que aquele estabelecimento, a partir deste cadastro, ficará sujeito à mesma regulação que qualquer outra unidade de saúde da rede SUS.

Com relação aos profissionais, além de também passarem a ingressar o rol de profissionais do SUS, e estarem sujeitos à mesma forma de controle e estatística, é através da alimentação do CNES que a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário toma conhecimento da existência das Equipes de Saúde para a liberação dos incentivos financeiros para o trabalho das mesmas.

8.9 RESPONSABILIDADES DA ESFERA FEDERAL, ESTADOS E MUNICÍPIOS

O PNSSP tem 3 níveis de administração, cada um com suas competências, como a seguir:

I. Ministério da Saúde

- Gestão em âmbito federal do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação deste Plano;
- Garantia da continuidade deste Plano, por meio de sua inclusão de seus diversos componentes nos Planos Plurianuais (PPA) e nos Planos Nacionais de Saúde (PNS);
- Apoio técnico aos estados e municípios na implementação deste Plano, em consonância com o Pacto pela Saúde e o Programa Mais Saúde – Direito de Todos;
- Estabelecimento de parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de atenção integral à saúde no sistema penitenciário, no âmbito do SUS;
- Elaboração de materiais informativos, educacionais e comunicativos, de âmbito nacional, visando à socialização da informação e à divulgação das ações de atenção à saúde no sistema penitenciário;
- Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário para instrumentalização de processos de gestão;
- Definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
- Definição das diretrizes para capacitação e desenvolvimento dos processos de educação permanente em saúde, em consonância com as realidades loco-regionais;
- Adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, garantindo a utilização de tecnologias adequadas;

- Incentivo à inserção do tema “Saúde no Sistema Penitenciário” nos espaços de participação e controle social do SUS;
- Desenvolvimento de estratégias de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de atenção à saúde no sistema penitenciário, nos campos da atenção, educação permanente, pesquisa e participação social;
- Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de atenção à saúde no sistema penitenciário;
- Coordenação, monitoramento, avaliação, acompanhamento e articulação com estados e Ministério da Justiça, auditoria (por meio do DENASUS), divulgação de dados, pesquisas, levantamentos e censos que possam subsidiar o planejamento e as ações de estados e municípios;
- Elaboração e divulgação de protocolos mínimos para a atenção á saúde da população penitenciária;
- Organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça;
- Participação e apoio técnico junto ao Ministério da Justiça no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infra-estrutura dos ambulatórios de saúde das unidades prisionais, compreendendo instalações físicas e equipamentos;
- Apoiar a implantação da “porta de entrada” como instrumento de detecção precoce de agravos, proporcionando rapidez e resolutividade no acompanhamento dos casos;
- Análise e avaliação dos Relatórios de Gestão e divulgação dos resultados;
- Garantia do fornecimento regular de kits de medicamentos básicos.

II. Ministério da Justiça

- Disponibilização do acesso às informações do INFOPEN para as gestões federais, estaduais e municipais, com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações de saúde;
- Repasse de informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, número de pessoas presas e classificação dos estabelecimentos penitenciários;
- Participação na organização e implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados;

- Financiamento da adequação do espaço físico necessário à unidade de saúde dentro das UPs;
- Elaboração e divulgação de normas técnicas sobre segurança para os profissionais de saúde dentro das UPs;
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- Inclusão dos agentes penitenciários em programas de capacitação/sensibilização em saúde para a população penitenciária;
- Financiamento de projetos dos estados/municípios para a compra de equipamentos para as Unidades de Saúde no Sistema Penitenciário.
- Como responsável pela gestão das penitenciárias federais, articular a inclusão destas nos Planos Operativos Estaduais nos estados em que estão localizadas tais unidades.

III. Secretarias Estaduais de Saúde

- Elaboração dos Planos Operativos Estaduais em articulação com a secretaria responsável pela administração prisional;
- - Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação deste Plano;
- Planejamento das ações de saúde para a população penitenciária a fim de atender as metas pactuadas;
- Comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, apresentada ao Ministério da Saúde, por meio de Relatório de Gestão, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.
- Organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
- Assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- Atualização dos dados de saúde da população penitenciária;
- Envio anual do Relatório de Gestão, aprovado no CES, até 90 dias após o encerramento do ano civil, que deverá ser compartilhado com a SEJ;
- Gestão dos recursos financeiros - pactuação das metas conforme POE e PPI;

- Realização de reuniões com a Comissão de Acompanhamento das Ações de Saúde no Sistema Penitenciário;

- Planejamento e viabilização de ações de capacitação de profissionais de saúde no sistema penitenciário;

- Monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;

- Elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;

- Apoio à implantação da “porta de entrada” como instrumento de detecção precoce de agravos, proporcionando rapidez e resolutividade no acompanhamento dos casos;

- Implantação de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;

- Padronização das normas de funcionamento dos ambulatórios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.

IV. Secretarias Estaduais de Justiça

- Participação na elaboração dos Planos Operativos Estaduais com a Secretaria de Saúde;

- Atualização dos dados sobre a população penitenciária e compartilhamento com a Secretaria de Saúde;

- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;

- Acompanhamento dos Relatórios de Gestão, junto à SES;

- Adequação do espaço físico para a unidade de saúde dentro da UP e aquisição de equipamentos;

- Facilitação do acesso das equipes de saúde;

- Participação no planejamento e na realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema penitenciário.

V. Secretarias Municipais de Saúde

- Participação na elaboração dos Planos Operativos Estaduais;
- Planejamento das ações de saúde para a população penitenciária a fim de atender as metas pactuadas;
 - Organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
 - Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
 - Atualização dos dados de saúde da população penitenciária;
 - Comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, apresentada ao Ministério da Saúde, via estado, por meio de Relatório de Gestão, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Gestão dos recursos financeiros – pactuação das metas conforme POE e PPI;
- Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária;
 - Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
 - Realização das reuniões com a Comissão de Acompanhamento das Ações de Saúde no Sistema Penitenciário;
 - planejamento e viabilização das ações de capacitação de profissionais de saúde no sistema penitenciário;
 - Monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
 - Implantação de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
 - Apoio à implantação da “porta de entrada” como instrumento de detecção precoce de agravos, viabilizando resolutividade no acompanhamento dos casos detectados.

8.10 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

No POE devem ser detalhadas as principais ações de monitoramento e avaliação da sua implementação, como: a instituição de Comissão de Acompanhamento, suas funções e a periodicidade de seus encontros; a elaboração de indicadores de processo, resultado e impacto e as formas de coleta, sistematização e frequência de avaliação destes dados.

O Plano Operativo Estadual, por ser o principal instrumento de planejamento da implantação das ações de saúde no sistema penitenciário e por estabelecer as ações necessárias para atingir as metas de saúde para esta população, deve ser revisto periodicamente como forma de avaliação.

Recomenda-se que esta revisão coincida com a revisão do Plano Plurianual, por entender que este é um momento de repactuação financeira e orçamentária, e de planejamento dos programas, ações e atividades de todos os níveis de gestão – federal, estadual e municipal.

8.11 SUSPENSÃO DO REPASSE

O repasse de recursos financeiros para as ações de saúde no sistema penitenciário poderão ser suspensos nos seguintes casos:

1. Não alimentação dos Sistemas de Informações elencados acima por dois meses consecutivos ou ainda por três meses alternados.
2. Não envio de Relatório de Gestão anual, aprovado no CES, até 90 dias após o encerramento do ano civil também poderá ensejar suspensão.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

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

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Censo Penitenciário de 1995. 2. ed. rev. Brasília: Imprensa Nacional, 1997.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994. Trata das regras mínimas para tratamento dos presos no Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 dez. 1994.

_____. Ministério da Justiça. Mulheres Encarceradas: consolidação dos dados fornecidos pelas unidades da federação. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003.

_____. Portaria Interministerial n.º 3.343, de 28 de dezembro de 2006.

_____. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002: Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. 2. ed. rev. atual. Brasília, 2002.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial Reorganização e Reorientação do Sistema Prisional Feminino. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

DIUANA, V. et. alli (2008) Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (8): 1887-1896.

MARINER, Joanne. O Brasil atrás das grades. Disponível em: <<http://www.hrw.org/portuguese/reports/presos/prefacio.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2004.