

LEGISLAÇÃO



SAÚDE
NO SISTEMA
PENITENCIÁRIO

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

LEGISLAÇÃO da
SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Série E. Legislação de Saúde

Brasília – DF

2010

© 2010 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.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
<http://www.saude.gov.br/bvs>

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 1^a edição – 2010 – 7.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica da Saúde no Sistema Penitenciário

SAF SUL, Quadra 2, Lotes 5 e 6

Edifício Premium, Centro Corporativo, Torre 2, Térreo, sala 15

CEP: 70070-600

Tels.: (61) 3306-8127

Faxes: (61) 3306-8023

E-mail: sprisional@saude.gov.br

Homepage: www.saude.gov.br/sas

Coordenação:

Maria Thereza Gonçalves de Freitas (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Martinho Braga Batista e Silva (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Ulisses Pereira Terto Neto (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Organização:

Martinho Braga Batista e Silva (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Elaboração:

Daniela Cabral Gontijo (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Katia Galbinski Rodrigues (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Maria Thereza Gonçalves de Freitas (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Martinho Braga Batista e Silva (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Pedro MacDowell (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Ulisses Pereira Terto Neto (Sispe/Dapes/SAS/MS)

Colaboração:

Elen Oliveira Pernin

Fábio Tomasello

Lidiane Gonçalves Ferreira

Maria Alice Correia Pedotti

Maria de Lourdes Magalhães

Biblioteca/CGDI/SAA/SE/MS

Fotos:

Radilson Carlos Gomes da Silva

Projeto Gráfico e diagramação:

Antonio Sérgio de Freitas Ferreira (Núcleo de Eventos e Comunicação SAS)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

172 p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85 - 334 - 1081 - 6

1. Prisões. 2. Legislação. 3. Sistema de Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614-058.56

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0004

Títulos para indexação:

Em inglês: Health legislation in the penitentiary system

Em espanhol: Legislación en salud en el sistema penitenciario

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	7
- Os marcos legais	7
- O PNSSP	8
- A origem do PNSSP	10
- A implantação do PNSSP	12
Perguntas e Respostas	15
- E se a unidade prisional for para a reclusão de mulheres?.....	15
- E as crianças nascidas na prisão, o que fazer?	16
- E se houver pessoas idosas entre a população prisional, de que modo posso tornar menos desconfortável a sua permanência no sistema prisional?	16
- A visita íntima é um direito da pessoa privada de liberdade, mas como garanti-la?	16
- Caso haja uma pessoa com deficiência entre as privadas de liberdade, como devo proceder?	17
- Se alguma pessoa for portadora de transtorno mental e entrar em crise, o que é que eu faço	18
- Os psicólogos e/ou os assistentes sociais, das equipes de saúde do sistema penitenciário, devem realizar exames criminológicos?	18
- As pessoas com transtornos mentais podem cumprir pena em prisões comuns?	19
- Como deve ser o atendimento às pessoas que usam álcool e outras drogas?	19
- E os/as adolescentes em conflito com a lei, como é que se costuma lidar com eles/elas?	20
Constituição Federal	21
Leis Federais	23
Lei nº 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	23
Lei nº 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	41
Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – institui a Lei de Execução Penal	43



Lei nº 10.792, de 01 de dezembro de 2003 – altera a LEP e desobriga médicos, psicólogos e assistentes sociais de realizarem exame criminológico	79
Lei nº 11.942 , de 28 de maio de 2009 – altera a LEP e assegura condições mínimas de assistência à mães presas e aos recém-nascidos	85
Resoluções	87
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária	87
Resolução CNPCP nº 06, de 26 de julho de 1999	87
Resolução CNPCP nº 07, de 14 de abril de 2003	89
Resolução CNPCP nº 05, de 04 de maio de 2004	95
Resolução CNPCP nº 09, de 12 de julho de 2006	99
Resolução CNPCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006.....	101
Resolução CNPCP nº 02, de 8 de maio de 2008	113
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária	115
Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002	115
Portarias	117
Portaria MS/GM nº 485, de 29 de março de 1995	117
Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035, de novembro de 2001	121
Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de setembro de 2003	123
Portaria MS/GM nº 458, de 6 de março de 2006	151
Portaria MS/GM nº 1.552, de 28 de junho de 2004	157
Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006	159
Portaria MS/GM nº 240, de 31 de janeiro de 2007	161
Portaria MS/SAS nº 749, de 10 de outubro de 2006	163
Referências Bibliográficas	169



APRESENTAÇÃO

A Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário é uma tentativa de socializar algumas normativas com o conjunto das parcerias envolvidas em ações voltadas às pessoas privadas de liberdade, em especial os(as) gestores(as) estaduais e municipais dos Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário (POE), responsáveis pela elaboração e implementação dos mesmos.

Essa publicação da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (SISPE), do Ministério da Saúde (MS), visa ampliar o conhecimento daqueles(as) que estão engajados(as) com os problemas de saúde relativos às pessoas em situação de prisão. Trata-se, 5, de um instrumento para garantir que as decisões tomadas tenham base legal, embora nem todos os aspectos pertinentes à atenção à saúde no sistema penitenciário estejam previstos em leis específicas.

Antes de apresentar as leis, resoluções, decretos e portarias sobre saúde no sistema penitenciário, apresentaremos um pouco da história do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Também indicaremos algumas dúvidas freqüentes sobre o atendimento a pessoas privadas de liberdade, sejam elas crianças, adolescentes, pessoas idosas, mulheres, pessoas com deficiência ou pessoas portadoras de transtorno mental.

A Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário é uma iniciativa da SISPE/MS, cujo objetivo é a gestão do PNSSP em parceria com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça (MJ). O PNSSP foi criado com a finalidade de que as ações e serviços de saúde no sistema penitenciário viessem a ser organizadas com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização da gestão, atenção integral e participação da comunidade. Para tanto, a Legislação pode se tornar uma forma instrutiva de fazer valer os princípios estruturantes da saúde no sistema penitenciário: universalidade, equidade e intersetorialidade.

A Legislação aparece em um momento oportuno, no qual alguns empecilhos colocam a gestão e a gerência do POE – tanto a das secretarias de saúde quanto a de justiça / administração penitenciária / defesa social – em situações embaralhadas, em busca de amparo legal para difíceis processos de tomada de decisão, como as tentativas de construção de uma porta de entrada para saúde no sistema penitenciário.

Dessa maneira, esperamos que essa publicação venha a oferecer, antes de mais nada, um suporte aos(as) gestores(as) do POE quando a SISPE não puder se fazer presente nos estados da federação de outro modo.

Assim, caso os princípios e diretrizes do PNSSP estejam em debate, como os direitos humanos e o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária, podemos contar com mais um interlocutor: a Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário.





INTRODUÇÃO

Desde o ano de 1984 está previsto em lei o atendimento em saúde a pessoas reclusas em unidades prisionais, embora apenas em 2003 uma portaria interministerial tenha consagrado a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS. Entre a Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 setembro de 2003 – houveram dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde. Ao longo dessas últimas décadas, houve uma mudança na sensibilidade governamental em relação às pessoas privadas de liberdade, a ponto de se realizar essas e outras normativas no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira.

Como aconteceu essa mudança? Quais as implicações da mesma para a população privada de liberdade? Veremos a seguir.

Os marcos legais

Segundo a LEP, a execução penal tem por finalidade proporcionar condições para a harmônica integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos um programa individualizador da pena. A assistência em saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, figuram como elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade. No artigo 14 da seção III da LEP, justamente acerca da Assistência à Saúde, consta que:

“A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”

“Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.” (BRASIL, 1994).

Dessa forma, muito antes do PNSSP ter sido instituído pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, já havia previsão legal de atendimento médico, farmacêutico e odontológico para pessoas privadas de liberdade. Entretanto, no PNSSP, a assistência é guiada pela lógica da atenção básica, qual seja, a prevenção e promoção em saúde enquanto atividades prioritárias, bem como o investimento em grupos de risco reunidos com base em instrumentos epidemiológicos de aferição da prevalência e incidência de doenças e agravos. Essa perspectiva tem como justificativa um consenso que emergiu ao longo dos últimos anos sobre o sistema prisional: a insalubridade

e a superlotação são estruturais desse sistema, tornando as unidades prisionais em espaços de confinamento especialmente propícios à difusão de doenças infecto-contagiosas.

Entre a LEP, de 1984 e o PNSSP, de 2003, a Constituição Federal de 1988 e as Leis nºs 8.080 e 8.142, ambas de 1990, consagraram a máxima de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, respectivamente instituindo e normatizando o SUS no Brasil. Concebido como uma garantia da universalização do atendimento público em saúde no país, o SUS é regido pelas seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- III – participação da comunidade.

Com a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, a gestão das ações e serviços de saúde no sistema penitenciário passa a ser de incumbência dos órgãos de saúde das três esferas de governo, municipal, estadual e federal (diretriz I) e essas ações passam a ter como prioridade as atividades preventivas (diretriz II), em consonância com a Constituição Federal.

Ou seja, essa portaria estabelece um novo rumo para o atendimento em saúde nas unidades prisionais e para o gerenciamento desse atendimento, subordinando-os às diretrizes do SUS. A SISPE/MS é justamente o órgão gestor do PNSSP, em âmbito federal, realizando essa tarefa em conjunto com o DEPEN/MJ, primando pela intersetorialidade da parceria. Esta, inclusive, é uma característica da saúde no sistema penitenciário no âmbito do SUS: mais do que desejável, a intersetorialidade é uma necessidade, sem a qual não é possível ofertar ações e serviços de saúde a pessoas confinadas em unidades prisionais, já que, por princípio, elas se encontram “privadas de liberdade”. Saúde e justiça precisam articular-se de algum modo, de preferência colaborando para uma composição entre saúde e segurança na oferta de serviços de saúde dentro e fora do ambiente prisional.

Os princípios e as diretrizes do SUS são detalhados na Lei nº 8.080/1990, entre eles a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” e a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. A Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003 é justamente a consolidação dos princípios previstos nessa Lei, estendendo também para a população prisional a atenção integral em saúde.

Em outras palavras, essa portaria sedimenta um compromisso assumido pelo SUS frente à população brasileira, isto é, a universalidade e a equidade da assistência em saúde, para todos(as), inclusive aqueles(as) mais vulneráveis aos agravos em saúde. Por outro lado, também consolida uma perspectiva já apontada na LEP/1984, de construção de possibilidades de reinserção social da população privada de liberdade, seja pela via da educação, do trabalho ou da saúde, embora tendo em conta a relevância ímpar da assistência jurídica a essa parcela da população do país.

O PNSSP

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi instituído no ano de 2003. Esse Plano é voltado para a população penitenciária, para aquelas pessoas que cometem delitos e já foram julgadas e condenadas, não contemplando uma parcela da população carcerária, qual seja, aquela reclusa nas cadeias públicas, nos distritos policiais e nas delegacias.

Não há consenso governamental sobre as medidas que devem ser tomadas para garantir a atenção integral em saúde para pessoas que se encontram em situação de confinamento (em asilos, centros de reabilitação e ensino e outros estabelecimentos de reclusão de pessoas idosas, crianças e adolescentes). Isso significa que os agravos em saúde decorrentes do confinamento são objeto de intervenção, em geral, nos casos em que as pessoas afetadas são adultas e cometem crimes.

O PNSSP, desta maneira, é uma estratégia para fazer chegar as políticas de saúde à população prisional, contemplando as diversas ações contidas nas políticas nacionais de saúde mental, de saúde da mulher, entre muitas outras.

Assim, o plano é um marco na atenção em saúde voltada para a população reclusa em estabelecimentos de custódia, bem como aquela privada de liberdade, reunindo um conjunto de princípios, diretrizes, metas e ações mínimas para organizar essa atenção, prevendo inclusive um incentivo financeiro para que o atendimento da população penitenciária seja garantido.

No contexto do PNSSP, a lógica da atenção básica deve ser o norte das equipes de saúde, deslocando a perspectiva curativa em vigor nas unidades prisionais de seu lugar hegemônico. As equipes de saúde tanto podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional quanto em um centro de saúde no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo ações para dentro daquelas em que forem menos de 100.



Quando a oferta de ações no sentido da prevenção, da promoção e da recuperação for insuficiente para atender as necessidades em saúde da população prisional, como no caso de situações de urgência ou de necessidade de exames, a pessoa reclusa deve ser encaminhada para atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal.

Os estados interessados em organizar a atenção em saúde no sistema penitenciário com base no PNSSP devem solicitar adesão ao mesmo. Os estados que solicitarem adesão devem elaborar um Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário (POE), no qual devem constar as responsabilidades de cada órgão (de saúde e de justiça), os estabelecimentos para encaminhamento em caso de situações que exijam atenção especializada, o modo pelo qual serão contratados os recursos humanos, entre outros pontos.

Apenas os estados que submeterem esse POE à avaliação do Ministério da Saúde, aprová-lo na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES) e cadastrarem as equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), estarão qualificados ao PNSSP. Após a publicação em portaria desta qualificação, o estado receberá regularmente um incentivo financeiro federal para custeio das ações conduzidas pelas equipes de saúde no sistema penitenciário, sendo que no terceiro parágrafo do artigo quinto da Portaria MS /MJ nº 1.777/2003 consta que esse incentivo é para ações e serviços de promoção e prevenção em saúde:

“§ 3º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.” (BRASIL, 2003, p. 24)

Entretanto, entre as prioridades para o alcance das finalidades do PNSSP está a reforma física das unidades prisionais, adaptando-as para receber as equipes de saúde no sistema penitenciário:

“Artigo 1º

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7) e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;” (BRASIL, 2003, p. 22)

O alcance dessa prioridade, todavia, está fora do âmbito de utilização do incentivo, conforme o artigo sexto dessa mesma portaria:

“Art. 6º Estabelecer que o Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário.” (BRASIL, 2003, p. 24)

Da mesma forma, na cartilha do PNSSP, consta que esse incentivo repassado regularmente aos estados está sujeito a suspensão, caso não haja preenchimento regular dos sistemas de informação, entre eles os relatórios anuais de gestão, os quais devem incluir um item sobre a execução orçamentária:



“Instrumentos de gestão que contribuem para a organização gerencial e operacional da Atenção Básica:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

SIA/SUS;

SIAB;

Relatório de gestão aprovado no Conselho Municipal de Saúde; e

Relatório de gestão aprovado no Conselho Estadual de Saúde.

Caso estes 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.” (BRASIL, 2003, p. 18).



A origem do PNSSP

Entre os agravos e as doenças que mais acometem a população prisional estão as infectocontagiosas, em especial a tuberculose, as DST e HIV/aids, mas também as hepatites e a hanseníase. Tal quadro contrasta com os dados gerais da população brasileira, onde se verifica, cada vez mais, uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) frente às infecto-contagiosas e parasitárias.

O PNSSP foi instituído considerando justamente as condições desfavoráveis de habitabilidade e salubridade da maioria das unidades prisionais no país, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV/aids, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas no sistema penitenciário nacional.

Estão previstas ações voltadas para esses e outros agravos no PNSSP, de modo a garantir a atenção integral em saúde às pessoas privadas de liberdade.

Em relação às ações do elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional, prevê-se ações relativas a:

1. saúde bucal;
2. saúde da mulher;
3. DST/HIV/aids;
4. hepatites;
5. saúde mental;
6. tuberculose;
7. hipertensão e diabetes;
8. hanseníase;
9. aquisição e controle de medicamentos;
10. imunizações; e
11. exames laboratoriais.

Já em relação às ações de promoção em saúde, prevê-se:

1. alimentação adequada;
2. atividades físicas;
3. condições de salubridade; e
4. atividades laborais.

Apesar de contemplar esse conjunto de ações, o PNSSP começou a ser gerado no âmbito do SUS a partir de uma doença infectocontagiosa específica. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, então Programa Nacional de DST/Aids, tendo em vista o levantamento de dados epidemiológicos que apontavam para grupos de risco da epidemia, indicava a população penitenciária entre eles. É o que se depreende da leitura da Portaria MS/GM nº 485, de 29 de



março de 1995, que constituiu três comitês de assessoramento para as áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário na Coordenação Nacional de DST/Aids do MS.

Entre os(as) participantes do Comitê de Assessoramento para o Sistema Penitenciário, estavam membros de órgãos estaduais e federais, da saúde e da justiça, no Distrito Federal e também no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul e em São Paulo, estes últimos justamente os estados da federação nos quais se encontram o maior número de pessoas confinadas em unidades prisionais.

Um dos desdobramentos do trabalho desse comitê da Coordenação Nacional de DST/Aids foi a constituição de uma Comissão, em 2001, reunindo membros do MS e do MJ, para elaborar formas mais adequadas de atendimento em saúde à população carcerária. A Portaria Interministerial MS /MJ nº 2.035, de 8 de novembro de 2001, instituiu comissão interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional.

O efeito do trabalho dessa Comissão é a formulação do PNSSP, instituído por meio da Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, sendo que ela era composta não só por membros do MS e do MJ, mas também da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), da Presidência da República e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre outros.

A implantação do PNSSP

Entre a publicação da Portaria MS/MJ nº 1.777/2003 e o ano de 2009, todos os estados da federação solicitaram adesão ao PNSSP, ou seja, demonstraram interesse em organizar as ações e os serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios do SUS.

Além disso, mais da metade dos estados da federação estão qualificados a esse Plano, ou seja, têm unidades prisionais, sistemas estaduais e municipais de saúde em condições de garantir uma atenção em saúde no sistema penitenciário com base nas diretrizes e princípios do SUS. Esses estados compõem a totalidade das regiões sudeste e centro-oeste e uma parcela das regiões norte, nordeste e sul.



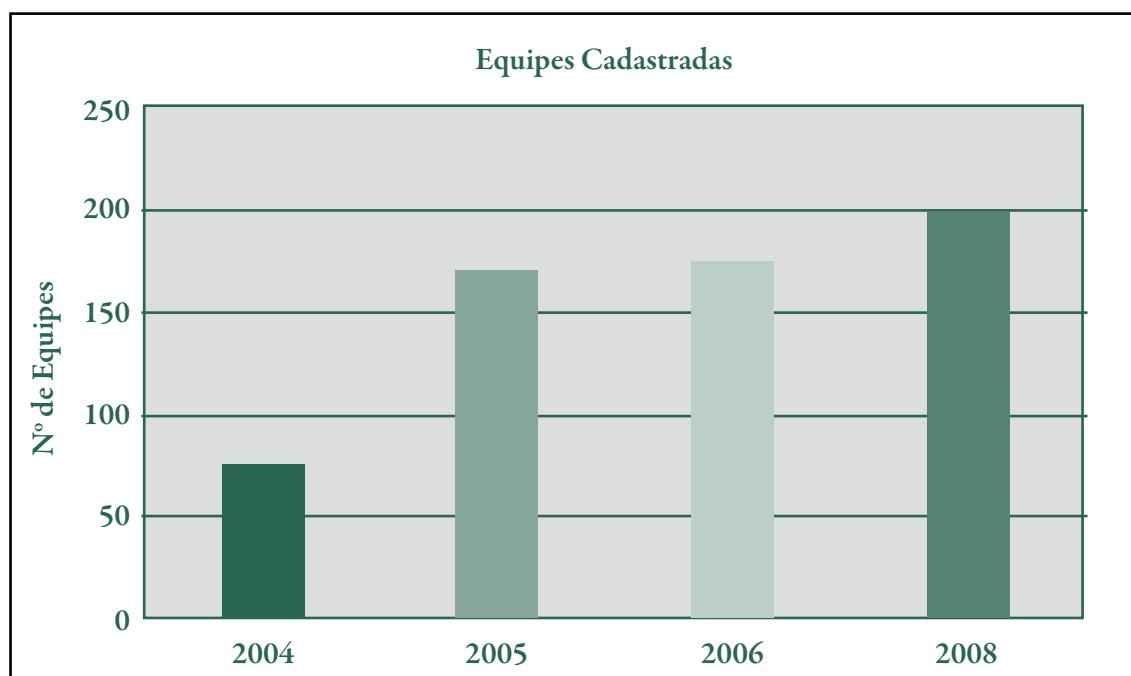
Em poucas palavras, para qualificar-se ao PNSSP o estado tem que elaborar um POE – contando com a assessoria da SISPE/MS para tanto – e submetê-lo ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite. Caso essas instâncias aprovem o POE, o estado deve cadastrar os profissionais das Equipes de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (EPEN) no CNES e solicitar um laudo da vigilância sanitária nas unidades prisionais em que as EPEN vão trabalhar, enviando ao MS comprovantes desses atos governamentais e de seus resultados.

Entre as principais dificuldades para a qualificação dos estados da federação ao PNSSP está a obtenção de recursos humanos para saúde no sistema penitenciário, ou seja, a alocação de profissionais para compor as EPEN, sejam eles/as das secretarias de saúde ou daquelas de justiça/administração penitenciária/defesa social. Geralmente, os contratos temporários prevalecem sobre os concursos, algo que não contribui para a manutenção a longo prazo das estratégias de ação acordadas em CES e em CIB.

Além disso, a designação das unidades ambulatoriais e hospitalares que se tornarão referência para atendimento à população reclusa nas unidades prisionais permanece um desafio, na medida em que o processo de pactuação com serviços, profissionais e gestores(as) do SUS, sejam eles(as) municipais ou estaduais é, muitas vezes, tenso. Geralmente a reserva de vagas para pessoas privadas de liberdade torna-se a principal estratégia de enfrentamento do estigma a que essa população vulnerável está sujeita na rede pública de saúde.

Entre os 18 (dezoito) estados aptos à implementação do PNSSP até julho de 2009 estão o Acre, o Amazonas, o Espírito Santo, o Mato Grosso do Sul, a Paraíba, o Paraná e o Rio Grande do Sul, sendo que todos esses 7 (sete) estados foram qualificados no ano de 2008. Já os estados do Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro foram os primeiros estados a serem qualificados ao PNSSP, no ano de 2004. Em seguida, no ano de 2005, Bahia, Goiás, Rondônia, São Paulo e Tocantins foram qualificados. O Ceará tornou-se apto a cadastrar as EPEN em 2006.

Entre 2004 e julho de 2009, mais de 200 EPEN foram implantadas no país (30% do teto), em mais de 180 unidades penitenciárias, algo que abrange aproximadamente metade das quase 300 mil pessoas nessas unidades, ou um terço da totalidade da população carcerária (CNES e



INFOOPEN, julho de 2009). Ainda há, portanto, muito o que avançar na implementação do PNSSP, que ainda não abrange as cadeias públicas, estando restrito a penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

Entretanto, o aumento do acesso da população penitenciária às ações e aos serviços de saúde é progressivo, tendo em vista o número de estados qualificados ao PNSSP e o número de EPEN no país, este último representado até o ano de 2008 no gráfico abaixo:

Além disso, o PNSSP tem passado gradualmente por um processo de municipalização, aproximando-se da lógica do SUS – descentralização da gestão – e se distanciando gradativamente da lógica do sistema penitenciário, segundo a qual a responsabilidade pelo sistema prisional é estadual. Longe de indicar um choque entre as lógicas da saúde e da justiça, trata-se de uma composição adequada para a expansão das EPEN e para o aumento do acesso da população penitenciária às ações e aos serviços de saúde, mantendo as atribuições de cada entidade gestora.

Ao longo desse processo de municipalização da atenção em saúde no sistema penitenciário, os municípios que já têm a gestão plena do sistema de saúde podem incluir, efetivamente, essa população vulnerável entre suas ações, enquanto os estados podem se manter como interlocutores privilegiados do PNSSP e responsáveis pelas ações de reinserção social – saúde, mas também educação e trabalho – da população prisional. Esse processo acontece, até o momento, em 28

municípios de quatro estados: Bahia, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Rio Grande do Sul.

Apesar desse avanço no sentido da descentralização da gestão, com direção única em cada esfera de governo, a atenção integral, privilegiando as ações preventivas e contemplando as curativas, ainda não é uma realidade no que tange à saúde no sistema penitenciário no âmbito do SUS. A participação da comunidade, na formulação e na fiscalização das políticas públicas de saúde, também encontra muitos desafios para ser efetivada.



PERGUNTAS E RESPOSTAS

E se a unidade prisional for para a reclusão de mulheres?

As mulheres em situação de prisão são uma parcela pequena da população carcerária no país, embora seu número tenha crescido nos últimos anos, desde o ano 2000: representavam 5% e hoje são 12% da população prisional. As unidades penitenciárias exclusivas para pessoas do sexo feminino, bem como as unidades mistas, devem levar em conta as peculiaridades do atendimento em saúde a essa população, com base nas diretrizes e princípios da saúde da mulher no âmbito do SUS.



O primeiro ponto a ser abordado diz respeito à própria alocação de mulheres em estabelecimento separado daquele no qual pessoas do sexo masculino permanecem. Está previsto no parágrafo primeiro do artigo 82 do Capítulo I do Título IV (Dos Estabelecimentos Penais) da LEP/1984 que as mulheres serão recolhidas em estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 9.460, de 04 junho de 1997. No caso das unidades prisionais mistas, as mulheres devem permanecer em local separado dos homens.

O segundo ponto a ser abordado é o direito ao acesso a métodos contraceptivos, em conformidade com a Lei do Planejamento Familiar - Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Os métodos contraceptivos não se confundem com a esterilização e mesmo com o controle demográfico (controle da natalidade), proibido por lei.

O parágrafo único do artigo segundo do Capítulo I da Lei do Planejamento Familiar é incisivo: o planejamento familiar não pode, em circunstância alguma, ser utilizado com a finalidade de controle demográfico. O artigo décimo, em seu § 4º, veda a hysterectomia e a ooforectomia, indicando as situações nas quais é permitida a esterilização voluntária: a cirurgia de laqueadura tubária, a vasectomia ou outro método cientificamente aceito. Nestes casos, é necessário observar a expressa manifestação da vontade em documento escrito, após elucidação dos possíveis efeitos, as restrições de idade e demais situações elencadas nos incisos I e II, do art. 10, da lei em questão.

Para as mulheres que venham a se tornar gestantes, deve-se levar em conta a Lei nº 11.108, de 07 abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no sentido de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Além disso, segundo a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a gestante tem direito a conhecer e ser vinculada previamente a uma maternidade, seja aquela em que acontecerá o parto seja a disponível para intercorrências pré-natais.

Ou seja, ao longo do processo de gestação, uma série de cuidados deve ser tomada pelas EPEN para garantir a atenção integral à saúde das mulheres, de modo que seus direitos sejam respeitados e assegurados no SUS, algo que remete muitas vezes à referência para atenção ambulatorial e hospitalar. É nesse sentido que, em cada estado da federação, deve ser consultado o POE no que tange à listagem de estabelecimentos de atenção especializada, pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI) para o atendimento de pessoas privadas de liberdade.

E as crianças nascidas na prisão, o que fazer?

O outro elemento relevante no que diz respeito às mulheres privadas de liberdade refere-se àquelas que são ou se tornam mães na prisão. Nesse caso, está previsto no parágrafo segundo do artigo 83 do Capítulo I do Título IV da LEP/1984 que as unidades prisionais destinadas às mulheres serão dotadas de berçário, onde estas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009.

Nessa mesma revisão da LEP/1984, aponta-se no artigo 89 do capítulo II 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 cuja responsável estiver presa. No bojo das recomendações sobre o tamanho e condições de salubridade das celas e do estabelecimento penal, diz-se que são requisitos básicos da seção e da creche: atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável.

E se houver pessoas idosas entre as privadas de liberdade, de que modo posso tornar menos desconfortável a sua permanência no sistema prisional?

Vale para as pessoas idosas o mesmo princípio aplicado às mulheres que determina o recolhimento em local separado e adequado à sua condição pessoal, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 82 do Capítulo I do Título IV da LEP/1984. Essa nova redação da LEP/1984 foi dada pela Lei nº 9.460, de 04 de junho de 1997.

Ou seja, as pessoas privadas de liberdade devem ser separadas por sexo e por idade no sistema prisional. Às vezes, também é necessário separá-las por doenças ou agravos dentro dos estabelecimentos penais, como quando o quadro clínico exige isolamento (algumas fases da tuberculose, por exemplo).

Não podemos deixar de mencionar a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, instituindo o Estatuto do Idoso, no qual ficam assegurados os direitos da pessoa idosa. O artigo quarto desse documento estabelece que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, sendo que todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Além disso, deve-se desenvolver iniciativas de humanização e flexibilização da condenação de pessoas idosas, segundo os artigos 65 e 77 do Código Penal, o Estatuto do Idoso e a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, esta última a que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A visita íntima é um direito da pessoa privada de liberdade, mas como garantí-la?

Embora sejam muitos os estigmas e os preconceitos que recaem sobre as pessoas em situação de prisão, com exceção da liberdade e do direito ao voto para as já sentenciadas, essas fazem jus aos mesmos direitos e garantias fundamentais da sociedade abrangente, inclusive a direitos sexuais e direitos reprodutivos que são, reconhecidamente, direitos humanos.

Isto significa que toda pessoa privada de liberdade tem direito à visita íntima, cabendo

à gestão da unidade prisional garantir tal acesso, conforme previsto em legislação e normas específicas (vide LEP/1984 e Resolução CNPCP nº 09 de 12 de julho de 2006).

Existem iniciativas de alguns estados da federação no sentido de garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais e dos direitos prescritos em tratados internacionais, sem exclusão dos relacionamentos homoafetivos.

Tais iniciativas são, contudo, exceção. Sabe-se que sob a justificativa da segurança muitas instituições prisionais sobre-regulamentam a visita íntima, impondo exigências incompatíveis com preceitos constitucionais, o que, muitas vezes, inviabiliza o acesso das pessoas presas a esse direito. São exemplos desse tipo de exigência, entre outros, a cobrança de certidões de casamento e de exames compulsórios, práticas patentemente ilegais conforme estabelecido em § único do art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Lei do Planejamento Familiar), e na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.665, de 07 de maio de 2003, que veda, em seu art. 4º, a realização compulsória de sorologia para HIV.



Relatórios nacionais apontam para a desigualdade de gênero no tocante à visita íntima, pois mostram que o direito à visita não atinge às mulheres presas na mesma proporção que aos homens. De acordo com o GTI de Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino (2007), o direito à visita íntima para as mulheres presas “é tratado como mera liberalidade, não sendo garantido na maioria dos estabelecimentos prisionais femininos” (p. 35).

Por outro lado, cabe a gestores/as e profissionais de saúde garantir ações de prevenção e promoção das DST/aids, com informação educativa, distribuição de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes íntimos, assistência à anticoncepção, entre outros. Tais ações não devem ser restritas aos momentos de visita íntima, levando-se em conta que estas não são as únicas circunstâncias em que as relações sexuais existem nos ambientes prisionais. Ademais, as relações sexuais consensuais são um direito das pessoas privadas de liberdade, sem penalidades e com a garantia do acesso a preservativos e assistência à anticoncepção.

Caso haja uma pessoa com deficiência entre as privadas de liberdade, como devo proceder?

O acesso e a acessibilidade das pessoas com deficiência – física, visual, auditiva e intelectual/mental – aos serviços públicos são importantes e devem ser levados em conta na construção e funcionamento de estabelecimentos públicos, inclusive as unidades prisionais.

Deste modo, os(as) gestores(as) do POE devem levar em consideração o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, o qual regulamenta leis que estabelecem normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Segundo o artigo oitavo do Capítulo III (Das Condições Gerais de Acessibilidade) do referido Decreto, acessibilidade é condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos das edificações, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida. Nesse mesmo artigo consta que edificação de uso público é aquela administrada por entidades da administração pública. Pessoa com mobilidade reduzida, segundo o artigo quinto do Capítulo II (Do Atendimento Prioritário), é aquela que apresenta dificuldade para de movimentar, de forma permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção, sendo que nesse mesmo artigo os tipos de deficiência são definidos.

As recomendações desse Decreto devem ser agregadas à Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, no sentido de fortalecer o acesso de pessoas com deficiência e as condições de salubridade nas unidades prisionais.

O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS está regulamentado pelas Portarias do Ministério da Saúde abaixo relacionadas:

Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002 (Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Portarias MS/SAS nº 587, de 7 de outubro de 2004 e 589, de 8 de outubro de 2004 – para atenção à saúde auditiva; Portarias MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 e MS/SAS nº 185, de 5 de junho de 2001 – para atenção à pessoa com deficiência física; Portarias MS/GM nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008 e nº 3.129, de 24 de dezembro de 2008 – para reabilitação visual; Portaria MS/GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002 – para serviços para deficiência mental/autismo; Portarias MS/GM nº 1.370, de 3 de julho de 2008 e MS/SAS nº 370, de 4 de julho de 2008 – para assistência ventilatória a doenças neuromusculares; Portaria MS/GM nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001 para osteogenesis imperfecta; e Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009 – para pessoas ostomizadas.

Vale acrescentar que pessoas com deficiência devem ser atendidas em todos os serviços do SUS, como os demais cidadãos e cidadãs brasileiros/as.

Se alguma pessoa for portadora de transtorno mental e entrar em crise, o que é que eu faço?

Quando um portador de transtorno mental, que está em uma unidade penitenciária masculina e feminina de estados da federação qualificados ao PNNSP, precisar de assistência por conta de agudização de um quadro clínico, o mesmo deverá ser encaminhado para a referência mais adequada para atenção ambulatorial ou hospitalar. Em caso de dúvida, o POE pode ser consultado para obter informações acerca desta referência.

Os psicólogos e/ou os assistentes sociais, das equipes de saúde do sistema penitenciário, devem realizar exames criminológicos?

As EPENs não têm atribuições periciais, ou seja, os/as psicólogos/as e assistentes sociais que as compõe não têm como tarefa realizar exames criminológicos. Além disso, segundo revisão recente da LEP/1984, dada pela Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003, esses(as) e outros(as) profissionais – como os(as) médicos(as) – estão desobrigados/as a realizar exame criminológico.

Ou seja, todos/as os/as profissionais das EPENs podem realizar ações de saúde mental voltadas para o cuidado, e não o controle, da população prisional, estando desobrigados(as), por lei, de realizar atividades periciais, como os exames criminológicos.

As pessoas com transtornos mentais podem cumprir pena em prisões comuns?

As unidades penitenciárias podem ser masculinas, femininas ou psiquiátricas, sendo que neste último caso são destinadas a pessoas em medida de segurança, muitas delas alocadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), e algumas nas próprias prisões.

As pessoas em medida de segurança não estão cumprindo pena. A medida de segurança é para pessoas consideradas inimputáveis, que não podem responder pelos próprios atos de um ponto de vista jurídico: é decretada pelo juiz quando o(a) autor(a) do delito não tem consciência do ato delituoso e/ou condições de orientar sua ação de acordo com essa consciência, por problema mental ou uso de substâncias psicoativas. Essas pessoas devem receber tratamento, em modalidade ambulatorial ou hospitalar.



Segundo a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, sobre a proteção aos direitos humanos de portadores/as de transtorno mental e que reorienta a assistência psiquiátrica em direção a um modelo comunitário, pessoas com transtorno mental só devem permanecer em instituições asilares – como os hospitais psiquiátricos e os HCTP – caso não haja serviço extra-hospitalar no município em que elas se encontram. Segundo a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa de Volta para Casa, destinado às pessoas egressas de longa internação psiquiátrica, e a Portaria MS/GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, também as egressas de HCTP podem se beneficiar do auxílio reabilitação psicossocial, no valor de R\$ 320,00.

Além disso, a Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, estabelece entre as diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança que: o tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais consideradas inimputáveis visará, como finalidade permanente, a reinserção social da pessoa em seu meio; nos estados da federação onde não houver HCTP as pessoas deverão ser tratadas na rede SUS.

Assim, quando uma pessoa em medida de segurança estiver em um HCTP, ela deve ser objeto de alta progressiva, sendo que a EPEN deve realizar ações intersetoriais junto com o serviço extra-hospitalar em saúde mental do município. Quando for decretada a medida de segurança, antes de decidir pelo encaminhamento ou não ao HCTP, a equipe da rede de saúde mental local deve ser consultada. Quando não houver HCTP no estado da federação, a pessoa em medida de segurança deve ser encaminhada à rede de saúde mental local, de preferência um serviço extra-hospitalar.

Como deve ser o atendimento às pessoas que usam álcool e outras drogas?

No que tange às pessoas que estão nas unidades penitenciárias masculinas ou femininas e que fazem uso abusivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas, devem ser desenvolvidas ações no sentido da redução de danos, como está previsto no PNNSP. No caso de síndrome de abstinência, a equipe de saúde deve realizar o atendimento apropriado ou encaminhar para o Hospital Geral de referência.

Segundo a Portaria MS/GM nº 1.028, de 1 de julho de 2005, que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, a distribuição de seringas descartáveis está entre essas ações.

Em outras palavras, a preservação da saúde da pessoa privada de liberdade deve ser priorizada tanto quanto a segurança do estabelecimento, apontando para a necessidade da EPEN realizar uma sensibilização contínua dos(as) agentes penitenciários(as), mediadores(as) importantes nas ações de redução de danos no ambiente prisional.

E os(as) adolescentes em conflito com a lei, como é que se costuma lidar com eles(as)?

Os estabelecimentos penais cobertos pelo PNSSP não incluem aqueles nos quais são recolhidos adolescentes, embora alguns centros de reorientação social e ensino sejam cadastrados no Sistema de Informações Penitenciárias (INFOOPEN) como unidades prisionais. Deste modo, não fazem parte da população-alvo da saúde no sistema penitenciário.

No entanto, o Ministério da Saúde, por meio de sua área técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, vem implantando e implementando a Política Nacional de Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e internação Provisória (PNAISARI), instituída pela Portaria MS/SEDH/SPM nº 1.426, de 14 de Julho 2004 e regulamentada pela Portaria MS/SAS nº 647, de 11 de novembro de 2008. Esta política tem como compromisso, ofertar aos/as jovens que cumprem a medida socioeducativa de restrição de liberdade uma atenção em saúde qualificada e sintonizada com os princípios do Sistema Único de Saúde. Ela apresenta as Normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, em unidades masculinas e femininas, que deve ser realizada por equipe de saúde, de caráter multidisciplinar, composta por profissionais de nível médio e superior, como no PNSSP.

De acordo com a PNAISARI, a equipe mínima de saúde deve ser composta de médico(a), enfermeiro(a), cirurgião(â)-dentista, psicólogo(a) e assistente social, e pode envolver tanto profissionais do sistema socioeducativo quanto profissionais de Atenção Básica da rede de saúde dos municípios. Suas diretrizes estão em consonância com a política do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), ou seja, diferente daquela prevista no PNSSP, deve incluir também terapeuta ocupacional.

Essas e outras semelhanças entre a abordagem da saúde no sistema penitenciário e aquelas dos(as) adolescentes em conflito com a lei, citadas acima, nos levam a crer que o PNSSP tem inspirado outras ações governamentais voltadas para populações vulneráveis no âmbito do SUS.



CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Artigos 196, 197 e 198 da Seção II (Da Saúde) do Título VIII (Da Ordem Social) da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988



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

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

(*) § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*) Parágrafo único modificado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00:

Parágrafo incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00:

“§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:” (AC)

“I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;” (AC)

“II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;” (AC)

“III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

Parágrafo incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00:

“§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:” (AC)

“I – os percentuais de que trata o § 2º;” (AC)

“II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

LEIS FEDERAIS

Lei nº 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.



§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do

trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e



XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.



Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:



I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.



Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias,

decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;



XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;



XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;



XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;
- VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
- a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador;
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.



Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

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



CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos

responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)



Art. 19-F. Dever-se-á obrigatorياente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)



Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)



§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

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

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

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

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

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.



CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.



Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).



Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.



§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira



Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - resarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.



§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.



Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.



Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra



Lei nº 8.142, 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 na área da Saúde e dá outras providências.



O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

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

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.

Institui a Lei de Execução Penal.



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

**TÍTULO I****Do Objeto e da Aplicação da Lei de Execução Penal**

Art. 1º A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

Art. 2º A jurisdição penal dos Juízes ou Tribunais da Justiça ordinária, em todo o Território Nacional, será exercida, no processo de execução, na conformidade desta Lei e do Código de Processo Penal.

Parágrafo único. Esta Lei aplicar-se-á igualmente ao preso provisório e ao condenado pela Justiça Eleitoral ou Militar, quando recolhido a estabelecimento sujeito à jurisdição ordinária.

Art. 3º Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.

Parágrafo único. Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política.

Art. 4º O Estado deverá recorrer à cooperação da comunidade nas atividades de execução da pena e da medida de segurança.

TÍTULO II**Do Condenado e do Internado****CAPÍTULO I****Da Classificação**

Art. 5º Os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal.

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. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

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.

Art. 8º O condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime fechado, será submetido a exame criminológico para a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução.

Parágrafo único. Ao exame de que trata este artigo poderá ser submetido o condenado ao cumprimento da pena privativa de liberdade em regime semi-aberto.

Art. 9º A Comissão, no exame para a obtenção de dados reveladores da personalidade, observando a ética profissional e tendo sempre presentes peças ou informações do processo, poderá:

I - entrevistar pessoas;

II - requisitar, de repartições ou estabelecimentos privados, dados e informações a respeito do condenado;

III - realizar outras diligências e exames necessários.

CAPÍTULO II

Da Assistência

SEÇÃO I

Disposições Gerais

Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.

Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.

Art. 11. A assistência será:

I - material;

II - à saúde;

III - jurídica;

IV - educacional;

V - social;

VI - religiosa.

SEÇÃO II

Da Assistência Material

Art. 12. A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

Art. 13. 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.



SEÇÃO III

Da Assistência à Saúde

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.



§ 1º (Vetado).

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.



§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009)

SEÇÃO IV

Da Assistência Jurídica

Art. 15. A assistência jurídica é destinada aos presos e aos internados sem recursos financeiros para constituir advogado.

Art. 16. As Unidades da Federação deverão ter serviços de assistência jurídica nos estabelecimentos penais.

SEÇÃO V

Da Assistência Educacional

Art. 17. A assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado.

Art. 18. O ensino de 1º grau será obrigatório, integrando-se no sistema escolar da Unidade Federativa.

Art. 19. O ensino profissional será ministrado em nível de iniciação ou de aperfeiçoamento técnico.

Parágrafo único. A mulher condenada terá ensino profissional adequado à sua condição.

Art. 20. As atividades educacionais podem ser objeto de convênio com entidades públicas ou particulares, que instalem escolas ou ofereçam cursos especializados.

Art. 21. 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.

SEÇÃO VI

Da Assistência Social

Art. 22. A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Art. 23. Incumbe ao serviço de assistência social:

- I - conhecer os resultados dos diagnósticos ou exames;
- II - relatar, por escrito, ao Diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentadas pelo assistido;
- III - acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;
- IV - promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;
- V - promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;
- VI - providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da Previdência Social e do seguro por acidente no trabalho;
- VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima.

SEÇÃO VII

Da Assistência Religiosa

Art. 24. A assistência religiosa, com liberdade de culto, será prestada aos presos e aos internados, permitindo-se-lhes a participação nos serviços organizados no estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa.

§ 1º No estabelecimento haverá local apropriado para os cultos religiosos.

§ 2º Nenhum preso ou internado poderá ser obrigado a participar de atividade religiosa.

SEÇÃO VIII

Da Assistência ao Egresso

Art. 25. A assistência ao egresso consiste:

- I - na orientação e apoio para reintegrá-lo à vida em liberdade;
- II - na concessão, se necessário, de alojamento e alimentação, em estabelecimento adequado, pelo prazo de 2 (dois) meses.

Parágrafo único. O prazo estabelecido no inciso II poderá ser prorrogado uma única vez, comprovado, por declaração do assistente social, o empenho na obtenção de emprego.

Art. 26. Considera-se egresso para os efeitos desta lei:

- I - o liberado definitivo, pelo prazo de 1 (um) ano a contar da saída do estabelecimento;
- II - o liberado condicional, durante o período de prova.

Art. 27. O serviço de assistência social colaborará com o egresso para a obtenção de trabalho.

CAPÍTULO III

Do Trabalho

SEÇÃO I

Disposições Gerais

Art. 28. O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva.



§ 1º Aplicam-se à organização e aos métodos de trabalho as precauções relativas à segurança e à higiene.



Art. 29. O trabalho do preso será remunerado, mediante prévia tabela, não podendo ser inferior a 3/4 (três quartos) do salário mínimo.



§ 1º O produto da remuneração pelo trabalho deverá atender:

- a) à indenização dos danos causados pelo crime, desde que determinados judicialmente e não reparados por outros meios;
- b) à assistência à família;
- c) a pequenas despesas pessoais;
- d) ao resarcimento ao Estado das despesas realizadas com a manutenção do condenado, em proporção a ser fixada e sem prejuízo da destinação prevista nas letras anteriores.

§ 2º Ressalvadas outras aplicações legais, será depositada a parte restante para constituição do pecúlio, em Caderneta de Poupança, que será entregue ao condenado quando posto em liberdade.

Art. 30. As tarefas executadas como prestação de serviço à comunidade não serão remuneradas.

SEÇÃO II

Do Trabalho Interno

Art. 31. O condenado à pena privativa de liberdade está obrigado ao trabalho na medida de suas aptidões e capacidade.

Parágrafo único. Para o preso provisório, o trabalho não é obrigatório e só poderá ser executado no interior do estabelecimento.

Art. 32. Na atribuição do trabalho deverão ser levadas em conta a habilitação, a condição pessoal e as necessidades futuras do preso, bem como as oportunidades oferecidas pelo mercado.

§ 1º Deverá ser limitado, tanto quanto possível, o artesanato sem expressão econômica, salvo nas regiões de turismo.

§ 2º Os maiores de 60 (sessenta) anos poderão solicitar ocupação adequada à sua idade.

§ 3º Os doentes ou deficientes físicos somente exercerão atividades apropriadas ao seu estado.

Art. 33. A jornada normal de trabalho não será inferior a 6 (seis) nem superior a 8 (oito) horas, com descanso nos domingos e feriados.

Parágrafo único. Poderá ser atribuído horário especial de trabalho aos presos designados para os serviços de conservação e manutenção do estabelecimento penal.

Art. 34. O trabalho poderá ser gerenciado por fundação, ou empresa pública, com autonomia administrativa, e terá por objetivo a formação profissional do condenado.

§ 1º Nessa hipótese, incumbirá à entidade gerenciadora promover e supervisionar a produção, com critérios e métodos empresariais, encarregar-se de sua comercialização, bem como suportar despesas, inclusive pagamento de remuneração adequada. (Renumerado pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 2º Os governos federal, estadual e municipal poderão celebrar convênio com a iniciativa privada, para implantação de oficinas de trabalho referentes a setores de apoio dos presídios. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Art. 35. Os órgãos da Administração Direta ou Indireta da União, Estados, Territórios, Distrito Federal e dos Municípios adquirirão, com dispensa de concorrência pública, os bens ou produtos do trabalho prisional, sempre que não for possível ou recomendável realizar-se a venda a particulares.

Parágrafo único. Todas as importâncias arrecadadas com as vendas reverterão em favor da fundação ou empresa pública a que alude o artigo anterior ou, na sua falta, do estabelecimento penal.

SEÇÃO III

Do Trabalho Externo

Art. 36. O trabalho externo será admissível para os presos em regime fechado somente em serviço ou obras públicas realizadas por órgãos da Administração Direta ou Indireta, ou entidades privadas, desde que tomadas as cautelas contra a fuga e em favor da disciplina.

§ 1º O limite máximo do número de presos será de 10% (dez por cento) do total de empregados na obra.

§ 2º Caberá ao órgão da administração, à entidade ou à empresa empreiteira a remuneração desse trabalho.

§ 3º A prestação de trabalho à entidade privada depende do consentimento expresso do preso.

Art. 37. A prestação de trabalho externo, a ser autorizada pela direção do estabelecimento, dependerá de aptidão, disciplina e responsabilidade, além do cumprimento mínimo de 1/6 (um sexto) da pena.

Parágrafo único. Revogar-se-á a autorização de trabalho externo ao preso que vier a praticar fato definido como crime, for punido por falta grave, ou tiver comportamento

contrário aos requisitos estabelecidos neste artigo.

CAPÍTULO IV

Dos Deveres, dos Direitos e da Disciplina

SEÇÃO I

Dos Deveres

Art. 38. Cumpre ao condenado, além das obrigações legais inerentes ao seu estado, submeter-se às normas de execução da pena.



Art. 39. Constituem deveres do condenado:

- I - comportamento disciplinado e cumprimento fiel da sentença;
- II - obediência ao servidor e respeito a qualquer pessoa com quem deva relacionar-se;
- III - urbanidade e respeito no trato com os demais condenados;
- IV - conduta oposta aos movimentos individuais ou coletivos de fuga ou de subversão à ordem ou à disciplina;
- V - execução do trabalho, das tarefas e das ordens recebidas;
- VI - submissão à sanção disciplinar imposta;
- VII - indenização à vítima ou aos seus sucessores;
- VIII - indenização ao Estado, quando possível, das despesas realizadas com a sua manutenção, mediante desconto proporcional da remuneração do trabalho;
- IX - higiene pessoal e asseio da cela ou alojamento;
- X - conservação dos objetos de uso pessoal.



Parágrafo único. Aplica-se ao preso provisório, no que couber, o disposto neste artigo.

SEÇÃO II

Dos Direitos

Art. 40. Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

Art. 41. Constituem direitos do preso:

- I - alimentação suficiente e vestuário;
- II - atribuição de trabalho e sua remuneração;
- III - Previdência Social;
- IV - constituição de pecúlio;
- V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação;

- VI - exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena;
- VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;
- VIII - proteção contra qualquer forma de sensacionalismo;
- IX - entrevista pessoal e reservada com o advogado;
- X - visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados;
- XI - chamamento nominal;
- XII - igualdade de tratamento salvo quanto às exigências da individualização da pena;
- XIII - audiência especial com o diretor do estabelecimento;
- XIV - representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito;
- XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes.
- XVI – atestado de pena a cumprir, emitido anualmente, sob pena da responsabilidade da autoridade judiciária competente. (Incluído pela Lei nº 10.713, de 13.8.2003)

Parágrafo único. Os direitos previstos nos incisos V, X e XV poderão ser suspensos ou restringidos mediante ato motivado do diretor do estabelecimento.

Art. 42. Aplica-se ao preso provisório e ao submetido à medida de segurança, no que couber, o disposto nesta Seção.

Art. 43. É garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento.

Parágrafo único. As divergências entre o médico oficial e o particular serão resolvidas pelo Juiz da execução.

SEÇÃO III

Da Disciplina

SUBSEÇÃO I

Disposições Gerais

Art. 44. A disciplina consiste na colaboração com a ordem, na obediência às determinações das autoridades e seus agentes e no desempenho do trabalho.

Parágrafo único. Estão sujeitos à disciplina o condenado à pena privativa de liberdade ou restritiva de direitos e o preso provisório.

Art. 45. Não haverá falta nem sanção disciplinar sem expressa e anterior previsão legal ou regulamentar.

§ 1º As sanções não poderão colocar em perigo a integridade física e moral do condenado.

§ 2º É vedado o emprego de cela escura.

§ 3º São vedadas as sanções coletivas.

Art. 46. O condenado ou denunciado, no início da execução da pena ou da prisão, será cientificado das normas disciplinares.



Art. 47. O poder disciplinar, na execução da pena privativa de liberdade, será exercido pela autoridade administrativa conforme as disposições regulamentares.



Art. 48. Na execução das penas restritivas de direitos, o poder disciplinar será exercido pela autoridade administrativa a que estiver sujeito o condenado.



Parágrafo único. Nas faltas graves, a autoridade representará ao Juiz da execução para os fins dos artigos 118, inciso I, 125, 127, 181, § 1º, letra d, e 2º desta Lei.

SUBSEÇÃO II

Das Faltas Disciplinares

Art. 49. As faltas disciplinares classificam-se em leves, médias e graves. A legislação local especificará as leves e médias, bem assim as respectivas sanções.

Parágrafo único. Pune-se a tentativa com a sanção correspondente à falta consumada.

Art. 50. Comete falta grave o condenado à pena privativa de liberdade que:

I - incitar ou participar de movimento para subverter a ordem ou a disciplina;

II - fugir;

III - possuir, indevidamente, instrumento capaz de ofender a integridade física de outrem;

IV - provocar acidente de trabalho;

V - descumprir, no regime aberto, as condições impostas;

VI - inobservar os deveres previstos nos incisos II e V, do artigo 39, desta Lei.

VII – tiver em sua posse, utilizar ou fornecer aparelho telefônico, de rádio ou similar, que permita a comunicação com outros presos ou com o ambiente externo.
(Incluído pela Lei nº 11.466, de 2007)

Parágrafo único. O disposto neste artigo aplica-se, no que couber, ao preso provisório.

Art. 51. Comete falta grave o condenado à pena restritiva de direitos que:

I - descumprir, injustificadamente, a restrição imposta;

II - retardar, injustificadamente, o cumprimento da obrigação imposta;

III - inobservar os deveres previstos nos incisos II e V, do artigo 39, desta Lei.

Art. 52. A prática de fato previsto como crime doloso constitui falta grave e sujeita o preso, ou condenado, à sanção disciplinar, sem prejuízo da sanção penal.

Art. 52. A prática de fato previsto como crime doloso constitui falta grave e, quando ocasionar subversão da ordem ou disciplina internas, sujeita o preso provisório, ou condenado,

sem prejuízo da sanção penal, ao regime disciplinar diferenciado, com as seguintes características: (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

I - duração máxima de trezentos e sessenta dias, sem prejuízo de repetição da sanção por nova falta grave de mesma espécie, até o limite de um sexto da pena aplicada; (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

II - recolhimento em cela individual; (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

III - visitas semanais de duas pessoas, sem contar as crianças, com duração de duas horas; (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

IV - o preso terá direito à saída da cela por 2 horas diárias para banho de sol. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 1º O regime disciplinar diferenciado também poderá abrigar presos provisórios ou condenados, nacionais ou estrangeiros, que apresentem alto risco para a ordem e a segurança do estabelecimento penal ou da sociedade. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 2º Estará igualmente sujeito ao regime disciplinar diferenciado o preso provisório ou o condenado sob o qual recaiam fundadas suspeitas de envolvimento ou participação, a qualquer título, em organizações criminosas, quadrilha ou bando. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

SUBSEÇÃO III

Das Sanções e das Recompensas

Art. 53. Constituem sanções disciplinares:

I - advertência verbal;

II - repreensão;

III - suspensão ou restrição de direitos (artigo 41, parágrafo único);

IV - isolamento na própria cela, ou em local adequado, nos estabelecimentos que possuam alojamento coletivo, observado o disposto no artigo 88 desta Lei.

V - inclusão no regime disciplinar diferenciado. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Art. 54. As sanções dos incisos I a IV do art. 53 serão aplicadas por ato motivado do diretor do estabelecimento e a do inciso V, por prévio e fundamentado despacho do juiz competente. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 1º A autorização para a inclusão do preso em regime disciplinar dependerá de requerimento circunstanciado elaborado pelo diretor do estabelecimento ou outra autoridade administrativa. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 2º A decisão judicial sobre inclusão de preso em regime disciplinar será precedida de manifestação do Ministério Público e da defesa e prolatada no prazo máximo de quinze dias. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Art. 55. As recompensas têm em vista o bom comportamento reconhecido em favor do condenado, de sua colaboração com a disciplina e de sua dedicação ao trabalho.

Art. 56. São recompensas:

I - o elogio;

II - a concessão de regalias.

Parágrafo único. A legislação local e os regulamentos estabelecerão a natureza e a forma de concessão de regalias.



SUBSEÇÃO IV

Da Aplicação das Sanções

Art. 57. Na aplicação das sanções disciplinares, levar-se-ão em conta a natureza, os motivos, as circunstâncias e as conseqüências do fato, bem como a pessoa do faltoso e seu tempo de prisão. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)



Parágrafo único. Nas faltas graves, aplicam-se as sanções previstas nos incisos III a V do art. 53 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)



Art. 58. O isolamento, a suspensão e a restrição de direitos não poderão exceder a trinta dias, ressalvada a hipótese do regime disciplinar diferenciado. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Parágrafo único. O isolamento será sempre comunicado ao Juiz da execução.

SUBSEÇÃO V

Do Procedimento Disciplinar

Art. 59. Praticada a falta disciplinar, deverá ser instaurado o procedimento para sua apuração, conforme regulamento, assegurado o direito de defesa.

Parágrafo único. A decisão será motivada.

Art. 60. A autoridade administrativa poderá decretar o isolamento preventivo do faltoso pelo prazo de até dez dias. A inclusão do preso no regime disciplinar diferenciado, no interesse da disciplina e da averiguação do fato, dependerá de despacho do juiz competente. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Parágrafo único. O tempo de isolamento ou inclusão preventiva no regime disciplinar diferenciado será computado no período de cumprimento da sanção disciplinar. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

TÍTULO III

Dos Órgãos da Execução Penal

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 61. São órgãos da execução penal:

I - o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária;

II - o Juízo da Execução;

- III - o Ministério Público;
- IV - o Conselho Penitenciário;
- V - os Departamentos Penitenciários;
- VI - o Patronato;
- VII - o Conselho da Comunidade.

CAPÍTULO II

Do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

Art. 62. O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com sede na Capital da República, é subordinado ao Ministério da Justiça.

Art. 63. O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária será integrado por 13 (treze) membros designados através de ato do Ministério da Justiça, dentre professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade e dos Ministérios da área social.

Parágrafo único. O mandato dos membros do Conselho terá duração de 2 (dois) anos, renovado 1/3 (um terço) em cada ano.

Art. 64. Ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no exercício de suas atividades, em âmbito federal ou estadual, incumbe:

- I - propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas e das medidas de segurança;
- II - contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo as metas e prioridades da política criminal e penitenciária;
- III - promover a avaliação periódica do sistema criminal para a sua adequação às necessidades do País;
- IV - estimular e promover a pesquisa criminológica;
- V - elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor;
- VI - estabelecer regras sobre a arquitetura e construção de estabelecimentos penais e casas de albergados;
- VII - estabelecer os critérios para a elaboração da estatística criminal;
- VIII - inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbida as medidas necessárias ao seu aprimoramento;
- IX - representar ao Juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas

referentes à execução penal;

X - representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal.

CAPÍTULO III

Do Juízo da Execução

Art. 65. A execução penal competirá ao Juiz indicado na lei local de organização judiciária e, na sua ausência, ao da sentença.



Art. 66. Compete ao Juiz da execução:



I - aplicar aos casos julgados lei posterior que de qualquer modo favorecer o condenado;



II - declarar extinta a punibilidade;

III - decidir sobre:

a) soma ou unificação de penas;

b) progressão ou regressão nos regimes;

c) detração e remição da pena;

d) suspensão condicional da pena;

e) livramento condicional;

f) incidentes da execução.

IV - autorizar saídas temporárias;

V - determinar:

a) a forma de cumprimento da pena restritiva de direitos e fiscalizar sua execução;

b) a conversão da pena restritiva de direitos e de multa em privativa de liberdade;

c) a conversão da pena privativa de liberdade em restritiva de direitos;

d) a aplicação da medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

e) a revogação da medida de segurança;

f) a desinternação e o restabelecimento da situação anterior;

g) o cumprimento de pena ou medida de segurança em outra comarca;

h) a remoção do condenado na hipótese prevista no § 1º, do artigo 86, desta Lei.

VI - zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança;

VII - inspecionar, mensalmente, os estabelecimentos penais, tomado providências

para o adequado funcionamento e promovendo, quando for o caso, a apuração de responsabilidade;

VIII - interditar, no todo ou em parte, estabelecimento penal que estiver funcionando em condições inadequadas ou com infringência aos dispositivos desta Lei;

IX - compor e instalar o Conselho da Comunidade.

X – emitir anualmente atestado de pena a cumprir. (Incluído pela Lei nº 10.713, de 13.8.2003)

CAPÍTULO IV

Do Ministério Público

Art. 67. O Ministério Público fiscalizará a execução da pena e da medida de segurança, oficiando no processo executivo e nos incidentes da execução.

Art. 68. Incumbe, ainda, ao Ministério Público:

I - fiscalizar a regularidade formal das guias de recolhimento e de internamento;

II - requerer:

a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo;

b) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução;

c) a aplicação de medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

d) a revogação da medida de segurança;

e) a conversão de penas, a progressão ou regressão nos regimes e a revogação da suspensão condicional da pena e do livramento condicional;

f) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior.

III - interpor recursos de decisões proferidas pela autoridade judiciária, durante a execução.

Parágrafo único. O órgão do Ministério Público visitará mensalmente os estabelecimentos penais, registrando a sua presença em livro próprio.

CAPÍTULO V

Do Conselho Penitenciário

Art. 69. O Conselho Penitenciário é órgão consultivo e fiscalizador da execução da pena.

§ 1º O Conselho será integrado por membros nomeados pelo Governador do Estado, do Distrito Federal e dos Territórios, dentre professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade. A legislação federal e estadual regulará o seu funcionamento.

§ 2º O mandato dos membros do Conselho Penitenciário terá a duração de 4 (quatro) anos.

Art. 70. Incumbe ao Conselho Penitenciário:

- I - emitir parecer sobre livramento condicional, indulto e comutação de pena;
- I - emitir parecer sobre indulto e comutação de pena, excetuada a hipótese de pedido de indulto com base no estado de saúde do preso; (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)
- II - inspecionar os estabelecimentos e serviços penais;
- III - apresentar, no 1º (primeiro) trimestre de cada ano, ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, relatório dos trabalhos efetuados no exercício anterior;
- IV - supervisionar os patronatos, bem como a assistência aos egressos.



CAPÍTULO VI

Dos Departamentos Penitenciários

SEÇÃO I

Do Departamento Penitenciário Nacional

Art. 71. O Departamento Penitenciário Nacional, subordinado ao Ministério da Justiça, é órgão executivo da Política Penitenciária Nacional e de apoio administrativo e financeiro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Art. 72. São atribuições do Departamento Penitenciário Nacional:

- I - acompanhar a fiel aplicação das normas de execução penal em todo o Território Nacional;
- II - inspecionar e fiscalizar periodicamente os estabelecimentos e serviços penais;
- III - assistir tecnicamente as Unidades Federativas na implementação dos princípios e regras estabelecidos nesta Lei;
- IV - colaborar com as Unidades Federativas mediante convênios, na implantação de estabelecimentos e serviços penais;
- V - colaborar com as Unidades Federativas para a realização de cursos de formação de pessoal penitenciário e de ensino profissionalizante do condenado e do internado.
- VI – estabelecer, mediante convênios com as unidades federativas, o cadastro nacional das vagas existentes em estabelecimentos locais destinadas ao cumprimento de penas privativas de liberdade aplicadas pela justiça de outra unidade federativa, em especial para presos sujeitos a regime disciplinar. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Parágrafo único. Incumbem também ao Departamento a coordenação e supervisão dos estabelecimentos penais e de internamento federais.

SEÇÃO II

Do Departamento Penitenciário Local

Art. 73. A legislação local poderá criar Departamento Penitenciário ou órgão similar, com as atribuições que estabelecer.

Art. 74. O Departamento Penitenciário local, ou órgão similar, tem por finalidade supervisionar e coordenar os estabelecimentos penais da Unidade da Federação a que pertencer.

SEÇÃO III

Da Direção e do Pessoal dos Estabelecimentos Penais

Art. 75. O ocupante do cargo de diretor de estabelecimento deverá satisfazer os seguintes requisitos:

I - ser portador de diploma de nível superior de Direito, ou Psicologia, ou Ciências Sociais, ou Pedagogia, ou Serviços Sociais;

II - possuir experiência administrativa na área;

III - ter idoneidade moral e reconhecida aptidão para o desempenho da função.

Parágrafo único. O diretor deverá residir no estabelecimento, ou nas proximidades, e dedicará tempo integral à sua função.

Art. 76. O Quadro do Pessoal Penitenciário será organizado em diferentes categorias funcionais, segundo as necessidades do serviço, com especificação de atribuições relativas às funções de direção, chefia e assessoramento do estabelecimento e às demais funções.

Art. 77. A escolha do pessoal administrativo, especializado, de instrução técnica e de vigilância atenderá a vocação, preparação profissional e antecedentes pessoais do candidato.

§ 1º O ingresso do pessoal penitenciário, bem como a progressão ou a ascensão funcional dependerão de cursos específicos de formação, procedendo-se à reciclagem periódica dos servidores em exercício.

§ 2º No estabelecimento para mulheres somente se permitirá o trabalho de pessoal do sexo feminino, salvo quando se tratar de pessoal técnico especializado.

CAPÍTULO VII

Do Patronato

Art. 78. O Patronato público ou particular destina-se a prestar assistência aos albergados e aos egressos (artigo 26).

Art. 79. Incumbe também ao Patronato:

I - orientar os condenados à pena restritiva de direitos;

II - fiscalizar o cumprimento das penas de prestação de serviço à comunidade e de limitação de fim de semana;

III - colaborar na fiscalização do cumprimento das condições da suspensão e do livramento condicional.

CAPÍTULO VIII

Do Conselho da Comunidade

Art. 80. Haverá em cada comarca, um Conselho da Comunidade, composto no mínimo, por 1 (um) representante de associação comercial ou industrial, 1 (um) advogado indicado pela Seção da Ordem dos Advogados do Brasil e 1 (um) assistente social escolhido pela Delegacia Seccional do Conselho Nacional de Assistentes Sociais.



Parágrafo único. Na falta da representação prevista neste artigo, ficará a critério do Juiz da execução a escolha dos integrantes do Conselho.



Art. 81. Incumbe ao Conselho da Comunidade:

I - visitar, pelo menos mensalmente, os estabelecimentos penais existentes na comarca;

II - entrevistar presos;

III - apresentar relatórios mensais ao Juiz da execução e ao Conselho Penitenciário;

IV - diligenciar a obtenção de recursos materiais e humanos para melhor assistência ao preso ou internado, em harmonia com a direção do estabelecimento.



TÍTULO IV

Dos Estabelecimentos Penais

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 82. Os estabelecimentos penais destinam-se ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso.

§ 1º A mulher será recolhida a estabelecimento próprio e adequando à sua condição pessoal.

§ 1º A mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal. (Redação dada pela Lei nº 9.460, de 04/06/97)

§ 2º O mesmo conjunto arquitetônico poderá abrigar estabelecimentos de destinação diversa desde que devidamente isolados.

Art. 83. O estabelecimento penal, conforme a sua natureza, deverá contar em suas dependências com áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva.

§ 1º Haverá instalação destinada a estágio de estudantes universitários. (Renumerado pela Lei nº 9.046, de 18/05/95)

§ 2º Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos. (Incluído pela Lei nº 9.046, de 18/05/95)

§ 2º Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade. (Redação dada pela Lei nº 11.942, de 2009)

Art. 84. O preso provisório ficará separado do condenado por sentença transitada em julgado.

§ 1º O preso primário cumprirá pena em seção distinta daquela reservada para os reincidentes.

§ 2º O preso que, ao tempo do fato, era funcionário da Administração da Justiça Criminal ficará em dependência separada.

Art. 85. O estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com a sua estrutura e finalidade.

Parágrafo único. O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária determinará o limite máximo de capacidade do estabelecimento, atendendo a sua natureza e peculiaridades.

Art. 86. As penas privativas de liberdade aplicadas pela Justiça de uma Unidade Federativa podem ser executadas em outra unidade, em estabelecimento local ou da União.

§ 1º A União Federal poderá construir estabelecimento penal em local distante da condenação para recolher os condenados, quando a medida se justifique no interesse da segurança pública ou do próprio condenado. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 2º Conforme a natureza do estabelecimento, nele poderão trabalhar os liberados ou egressos que se dediquem a obras públicas ou ao aproveitamento de terras ociosas.

§ 3º Caberá ao juiz competente, a requerimento da autoridade administrativa definir o estabelecimento prisional adequado para abrigar o preso provisório ou condenado, em atenção ao regime e aos requisitos estabelecidos. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

CAPÍTULO II

Da Penitenciária

Art. 87. A penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado.

Parágrafo único. A União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Territórios poderão construir Penitenciárias destinadas, exclusivamente, aos presos provisórios e condenados que estejam em regime fechado, sujeitos ao regime disciplinar diferenciado, nos termos do art. 52 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterá dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

- salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e

condicionamento térmico adequado à existência humana;

- b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados).

Art. 89. Além dos requisitos referidos no art. 88, 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)

Parágrafo único. São requisitos básicos da seção e da creche referidas neste artigo: (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009)



I – atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; e (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009)



II – horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável. (Incluído pela Lei nº 11.942, de 2009)



Art. 90. A penitenciária de homens será construída, em local afastado do centro urbano, à distância que não restrinja a visitação.

CAPÍTULO III

Da Colônia Agrícola, Industrial ou Similar

Art. 91. A Colônia Agrícola, Industrial ou Similar destina-se ao cumprimento da pena em regime semi-aberto.

Art. 92. O condenado poderá ser alojado em compartimento coletivo, observados os requisitos da letra a, do parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Parágrafo único. São também requisitos básicos das dependências coletivas:

- a) a seleção adequada dos presos;
- b) o limite de capacidade máxima que atenda os objetivos de individualização da pena.

CAPÍTULO IV

Da Casa do Albergado

Art. 93. A Casa do Albergado destina-se ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana.

Art. 94. O prédio deverá situar-se em centro urbano, separado dos demais estabelecimentos, e caracterizar-se pela ausência de obstáculos físicos contra a fuga.

Art. 95. Em cada região haverá, pelo menos, uma Casa do Albergado, a qual deverá conter, além dos aposentos para acomodar os presos, local adequado para cursos e palestras.

Parágrafo único. O estabelecimento terá instalações para os serviços de fiscalização e orientação dos condenados.

CAPÍTULO V

Do Centro de Observação

Art. 96. No Centro de Observação realizar-se-ão os exames gerais e o criminológico, cujos resultados serão encaminhados à Comissão Técnica de Classificação.

Parágrafo único. No Centro poderão ser realizadas pesquisas criminológicas.

Art. 97. O Centro de Observação será instalado em unidade autônoma ou em anexo a estabelecimento penal.

Art. 98. Os exames poderão ser realizados pela Comissão Técnica de Classificação, na falta do Centro de Observação.

CAPÍTULO VI

Do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Art. 99. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único. Aplica-se ao hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único, do artigo 88, desta Lei.

Art. 100. O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

CAPÍTULO VII

Da Cadeia Pública

Art. 102. A cadeia pública destina-se ao recolhimento de presos provisórios.

Art. 103. Cada comarca terá, pelo menos 1 (uma) cadeia pública a fim de resguardar o interesse da Administração da Justiça Criminal e a permanência do preso em local próximo ao seu meio social e familiar.

Art. 104. O estabelecimento de que trata este Capítulo será instalado próximo de centro urbano, observando-se na construção as exigências mínimas referidas no artigo 88 e seu parágrafo único desta Lei.



TÍTULO V

Da Execução das Penas em Espécie

CAPÍTULO I

Das Penas Privativas de Liberdade

SEÇÃO I

Disposições Gerais



Art. 105. Transitando em julgado a sentença que aplicar pena privativa de liberdade, se o réu estiver ou vier a ser preso, o Juiz ordenará a expedição de guia de recolhimento para a execução.

Art. 106. A guia de recolhimento, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a assinará com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

I - o nome do condenado;

II - a sua qualificação civil e o número do registro geral no órgão oficial de identificação;

III - o inteiro teor da denúncia e da sentença condenatória, bem como certidão do trânsito em julgado;

IV - a informação sobre os antecedentes e o grau de instrução;

V - a data da terminação da pena;

VI - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento penitenciário.

§ 1º Ao Ministério Público se dará ciência da guia de recolhimento.

§ 2º A guia de recolhimento será retificada sempre que sobrevier modificação quanto ao início da execução ou ao tempo de duração da pena.

§ 3º Se o condenado, ao tempo do fato, era funcionário da Administração da Justiça Criminal, far-se-á, na guia, menção dessa circunstância, para fins do disposto no § 2º, do artigo 84, desta Lei.

Art. 107. Ninguém será recolhido, para cumprimento de pena privativa de liberdade, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

§ 1º A autoridade administrativa incumbida da execução passará recibo da guia de recolhimento para juntá-la aos autos do processo, e dará ciência dos seus termos ao condenado.

§ 2º As guias de recolhimento serão registradas em livro especial, segundo a ordem cronológica do recebimento, e anexadas ao prontuário do condenado, aditando-se, no curso da execução, o cálculo das remissões e de outras retificações posteriores.

Art. 108. O condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Art. 109. Cumprida ou extinta a pena, o condenado será posto em liberdade, mediante alvará do Juiz, se por outro motivo não estiver preso.

SEÇÃO II

Dos Regimes

Art. 110. O Juiz, na sentença, estabelecerá o regime no qual o condenado iniciará o cumprimento da pena privativa de liberdade, observado o disposto no artigo 33 e seus parágrafos do Código Penal.

Art. 111. Quando houver condenação por mais de um crime, no mesmo processo ou em processos distintos, a determinação do regime de cumprimento será feita pelo resultado da soma ou unificação das penas, observada, quando for o caso, a detração ou remição.

Parágrafo único. Sobreindo condenação no curso da execução, somar-se-á a pena ao restante da que está sendo cumprida, para determinação do regime.

Art. 112. A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 1º A decisão será sempre motivada e precedida de manifestação do Ministério Público e do defensor. (Redação dada pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

§ 2º Idêntico procedimento será adotado na concessão de livramento condicional, indulto e comutação de penas, respeitados os prazos previstos nas normas vigentes. (Incluído pela Lei nº 10.792, de 1º.12.2003)

Art. 113. O ingresso do condenado em regime aberto supõe a aceitação de seu programa e das condições impostas pelo Juiz.

Art. 114. Somente poderá ingressar no regime aberto o condenado que:

I - estiver trabalhando ou comprovar a possibilidade de fazê-lo imediatamente;

II - apresentar, pelos seus antecedentes ou pelo resultado dos exames a que foi submetido, fundados indícios de que irá ajustar-se, com autodisciplina e senso de responsabilidade, ao novo regime.

Parágrafo único. Poderão ser dispensadas do trabalho as pessoas referidas no artigo 117 desta Lei.

Art. 115. O Juiz poderá estabelecer condições especiais para a concessão de regime aberto, sem prejuízo das seguintes condições gerais e obrigatórias:

I - permanecer no local que for designado, durante o repouso e nos dias de folga;

II - sair para o trabalho e retornar, nos horários fixados;

III - não se ausentar da cidade onde reside, sem autorização judicial;

IV - comparecer a Juízo, para informar e justificar as suas atividades, quando for determinado.

Art. 116. O Juiz poderá modificar as condições estabelecidas, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da autoridade administrativa ou do condenado, desde que as circunstâncias assim o recomendem.

Art. 117. Somente se admitirá o recolhimento do beneficiário de regime aberto em residência particular quando se tratar de:

- I - condenado maior de 70 (setenta) anos;
- II - condenado acometido de doença grave;
- III - condenada com filho menor ou deficiente físico ou mental;
- IV - condenada gestante.



Art. 118. A execução da pena privativa de liberdade ficará sujeita à forma regressiva, com a transferência para qualquer dos regimes mais rigorosos, quando o condenado:

- I - praticar fato definido como crime doloso ou falta grave;
- II - sofrer condenação, por crime anterior, cuja pena, somada ao restante da pena em execução, torne incabível o regime (artigo 111).



§ 1º O condenado será transferido do regime aberto se, além das hipóteses referidas nos incisos anteriores, frustrar os fins da execução ou não pagar, podendo, a multa cumulativamente imposta.

§ 2º Nas hipóteses do inciso I e do parágrafo anterior, deverá ser ouvido previamente o condenado.



Art. 119. A legislação local poderá estabelecer normas complementares para o cumprimento da pena privativa de liberdade em regime aberto (artigo 36, § 1º, do Código Penal).

SEÇÃO III

Das Autorizações de Saída

SUBSEÇÃO I

Da Permissão de Saída

Art. 120. Os condenados que cumprem pena em regime fechado ou semi-aberto e os presos provisórios poderão obter permissão para sair do estabelecimento, mediante escolta, quando ocorrer um dos seguintes fatos:

- I - falecimento ou doença grave do cônjuge, companheira, ascendente, descendente ou irmão;
- II - necessidade de tratamento médico (parágrafo único do artigo 14).

Parágrafo único. A permissão de saída será concedida pelo diretor do estabelecimento onde se encontra o preso.

Art. 121. A permanência do preso fora do estabelecimento terá a duração necessária à finalidade da saída.

SUBSEÇÃO II

Da Saída Temporária

Art. 122. Os condenados que cumprem pena em regime semi-aberto poderão obter autorização para saída temporária do estabelecimento, sem vigilância direta, nos seguintes casos:

I - visita à família;

II - freqüência a curso supletivo profissionalizante, bem como de instrução do 2º grau ou superior, na Comarca do Juízo da Execução;

III - participação em atividades que concorram para o retorno ao convívio social.

Art. 123. A autorização será concedida por ato motivado do Juiz da execução, ouvidos o Ministério Público e a administração penitenciária e dependerá da satisfação dos seguintes requisitos:

I - comportamento adequado;

II - cumprimento mínimo de 1/6 (um sexto) da pena, se o condenado for primário, e 1/4 (um quarto), se reincidente;

III - compatibilidade do benefício com os objetivos da pena.

Art. 124. A autorização será concedida por prazo não superior a 7 (sete) dias, podendo ser renovada por mais 4 (quatro) vezes durante o ano.

Parágrafo único. Quando se tratar de freqüência a curso profissionalizante, de instrução de 2º grau ou superior, o tempo de saída será o necessário para o cumprimento das atividades discentes.

Art. 125. O benefício será automaticamente revogado quando o condenado praticar fato definido como crime doloso, for punido por falta grave, desatender as condições impostas na autorização ou revelar baixo grau de aproveitamento do curso.

Parágrafo único. A recuperação do direito à saída temporária dependerá da absolvição no processo penal, do cancelamento da punição disciplinar ou da demonstração do merecimento do condenado.

SEÇÃO IV

Da Remição

Art. 126. O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena.

§ 1º A contagem do tempo para o fim deste artigo será feita à razão de 1 (um) dia de pena por 3 (três) de trabalho.

§ 2º O preso impossibilitado de prosseguir no trabalho, por acidente, continuará a beneficiar-se com a remição.

§ 3º A remição será declarada pelo Juiz da execução, ouvido o Ministério Público.

Art. 127. O condenado que for punido por falta grave perderá o direito ao tempo remido, começando o novo período a partir da data da infração disciplinar.

Art. 128. O tempo remido será computado para a concessão de livramento condicional e

indulto.

Art. 129. A autoridade administrativa encaminhará mensalmente ao Juízo da execução cópia do registro de todos os condenados que estejam trabalhando e dos dias de trabalho de cada um deles.

Parágrafo único. Ao condenado dar-se-á relação de seus dias remidos.

Art. 130. Constitui o crime do artigo 299 do Código Penal declarar ou atestar falsamente prestação de serviço para fim de instruir pedido de remição.

SEÇÃO V

Do Livramento Condicional

Art. 131. O livramento condicional poderá ser concedido pelo Juiz da execução, presentes os requisitos do artigo 83, incisos e parágrafo único, do Código Penal, ouvidos o Ministério Público e Conselho Penitenciário.



Art. 132. Deferido o pedido, o Juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares.

Art. 133. Se for permitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao Juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção.

Art. 134. O liberado será advertido da obrigação de apresentar-se imediatamente às autoridades referidas no artigo anterior.

Art. 135. Reformada a sentença denegatória do livramento, os autos baixarão ao Juízo da execução, para as providências cabíveis.

Art. 136. Concedido o benefício, será expedida a carta de livramento com a cópia integral da sentença em 2 (duas) vias, remetendo-se uma à autoridade administrativa incumbida da execução e outra ao Conselho Penitenciário.

Art. 137. A cerimônia do livramento condicional será realizada solenemente no dia marcado pelo Presidente do Conselho Penitenciário, no estabelecimento onde está sendo cumprida a pena, observando-se o seguinte:

I - a sentença será lida ao liberando, na presença dos demais condenados, pelo Presidente do Conselho Penitenciário ou membro por ele designado, ou, na falta, pelo Juiz;

II - a autoridade administrativa chamará a atenção do liberando para as condições impostas na sentença de livramento;

III - o liberando declarará se aceita as condições.

§ 1º De tudo em livro próprio, será lavrado termo subscrito por quem presidir a cerimônia e pelo liberando, ou alguém a seu rogo, se não souber ou não puder escrever.

§ 2º Cópia desse termo deverá ser remetida ao Juiz da execução.

Art. 138. Ao sair o liberado do estabelecimento penal, ser-lhe-á entregue, além do saldo de seu pecúlio e do que lhe pertencer, uma caderneta, que exibirá à autoridade judiciária ou administrativa, sempre que lhe for exigida.

§ 1º A caderneta conterá:

- a) a identificação do liberado;
- b) o texto impresso do presente Capítulo;
- c) as condições impostas.

§ 2º Na falta de caderneta, será entregue ao liberado um salvo-conduto, em que constem as condições do livramento, podendo substituir-se a ficha de identificação ou o seu retrato pela descrição dos sinais que possam identificá-lo.

§ 3º Na caderneta e no salvo-conduto deverá haver espaço para consignar-se o cumprimento das condições referidas no artigo 132 desta Lei.

Art. 139. A observação cautelar e a proteção realizadas por serviço social penitenciário, Patronato ou Conselho da Comunidade terão a finalidade de:

I - fazer observar o cumprimento das condições especificadas na sentença concessiva do benefício;

II - proteger o beneficiário, orientando-o na execução de suas obrigações e auxiliando-o na obtenção de atividade laborativa.

Parágrafo único. A entidade encarregada da observação cautelar e da proteção do liberado apresentará relatório ao Conselho Penitenciário, para efeito da representação prevista nos artigos 143 e 144 desta Lei.

Art. 140. A revogação do livramento condicional dar-se-á nas hipóteses previstas nos artigos 86 e 87 do Código Penal.

Parágrafo único. Mantido o livramento condicional, na hipótese da revogação facultativa, o Juiz deverá advertir o liberado ou agravar as condições.

Art. 141. Se a revogação for motivada por infração penal anterior à vigência do livramento, computar-se-á como tempo de cumprimento da pena o período de prova, sendo permitida, para a concessão de novo livramento, a soma do tempo das 2 (duas) penas.

Art. 142. No caso de revogação por outro motivo, não se computará na pena o tempo em que esteve

soltos o liberado, e tampouco se concederá, em relação à mesma pena, novo livramento.

Art. 143. A revogação será decretada a requerimento do Ministério Público, mediante representação do Conselho Penitenciário, ou, de ofício, pelo Juiz, ouvido o liberado.



Art. 144. O Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, ou mediante representação do Conselho Penitenciário, e ouvido o liberado, poderá modificar as condições especificadas na sentença, devendo o respectivo ato decisório ser lido ao liberado por uma das autoridades ou funcionários indicados no inciso I, do artigo 137, desta Lei, observado o disposto nos incisos II e III e §§ 1º e 2º do mesmo artigo.



Art. 145. Praticada pelo liberado outra infração penal, o Juiz poderá ordenar a sua prisão, ouvidos o Conselho Penitenciário e o Ministério Público, suspendendo o curso do livramento condicional, cuja revogação, entretanto, ficará dependendo da decisão final.



Art. 146. O Juiz, de ofício, a requerimento do interessado, do Ministério Público ou mediante representação do Conselho Penitenciário, julgará extinta a pena privativa de liberdade, se expirar o prazo do livramento sem revogação.

CAPÍTULO II

Das Penas Restritivas de Direitos

SEÇÃO I

Disposições Gerais

Art. 147. Transitada em julgado a sentença que aplicou a pena restritiva de direitos, o Juiz da execução, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, promoverá a execução, podendo, para tanto, requisitar, quando necessário, a colaboração de entidades públicas ou solicita-la a particulares.

Art. 148. Em qualquer fase da execução, poderá o Juiz, motivadamente, alterar, a forma de cumprimento das penas de prestação de serviços à comunidade e de limitação de fim de semana, ajustando-as às condições pessoais do condenado e às características do estabelecimento, da entidade ou do programa comunitário ou estatal.

SEÇÃO II

Da Prestação de Serviços à Comunidade

Art. 149. Caberá ao Juiz da execução:

I - designar a entidade ou programa comunitário ou estatal, devidamente credenciado ou convencionado, junto ao qual o condenado deverá trabalhar gratuitamente, de acordo com as suas aptidões;

II - determinar a intimação do condenado, cientificando-o da entidade, dias e horário em que deverá cumprir a pena;

III - alterar a forma de execução, a fim de ajustá-la às modificações ocorridas na jornada de trabalho.

§ 1º O trabalho terá a duração de 8 (oito) horas semanais e será realizado aos sábados, domingos e feriados, ou em dias úteis, de modo a não prejudicar a jornada normal de trabalho, nos horários estabelecidos pelo Juiz.

§ 2º A execução terá início a partir da data do primeiro comparecimento.

Art. 150. A entidade beneficiada com a prestação de serviços encaminhará mensalmente, ao Juiz da execução, relatório circunstanciado das atividades do condenado, bem como, a qualquer tempo, comunicação sobre ausência ou falta disciplinar.

SEÇÃO III

Da Limitação de Fim de Semana

Art. 151. Caberá ao Juiz da execução determinar a intimação do condenado, cientificando-o do local, dias e horário em que deverá cumprir a pena.

Parágrafo único. A execução terá início a partir da data do primeiro comparecimento.

Art. 152. Poderão ser ministrados ao condenado, durante o tempo de permanência, cursos e palestras, ou atribuídas atividades educativas.

Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. (Incluído pela Lei nº 11.340, de 2006)

Art. 153. O estabelecimento designado encaminhará, mensalmente, ao Juiz da execução, relatório, bem assim comunicará, a qualquer tempo, a ausência ou falta disciplinar do condenado.

SEÇÃO IV

Da Interdição Temporária de Direitos

Art. 154. Caberá ao Juiz da execução comunicar à autoridade competente a pena aplicada, determinada a intimação do condenado.

§ 1º Na hipótese de pena de interdição do artigo 47, inciso I, do Código Penal, a autoridade deverá, em 24 (vinte e quatro) horas, contadas do recebimento do ofício, baixar ato, a partir do qual a execução terá seu início.

§ 2º Nas hipóteses do artigo 47, incisos II e III, do Código Penal, o Juízo da execução determinará a apreensão dos documentos, que autorizam o exercício do direito interditado.

Art. 155. A autoridade deverá comunicar imediatamente ao Juiz da execução o descumprimento da pena.

Parágrafo único. A comunicação prevista neste artigo poderá ser feita por qualquer prejudicado.



CAPÍTULO III

Da Suspensão Condicional

Art. 156. O Juiz poderá suspender, pelo período de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, a execução da pena privativa de liberdade, não superior a 2 (dois) anos, na forma prevista nos artigos 77 a 82 do Código Penal.



Art. 157. O Juiz ou Tribunal, na sentença que aplicar pena privativa de liberdade, na situação determinada no artigo anterior, deverá pronunciar-se, motivadamente, sobre a suspensão condicional, quer a conceda, quer a denegue.



Art. 158. Concedida a suspensão, o Juiz especificará as condições a que fica sujeito o condenado, pelo prazo fixado, começando este a correr da audiência prevista no artigo 160 desta Lei.



§ 1º As condições serão adequadas ao fato e à situação pessoal do condenado, devendo ser incluída entre as mesmas a de prestar serviços à comunidade, ou limitação de fim de semana, salvo hipótese do artigo 78, § 2º, do Código Penal.

§ 2º O Juiz poderá, a qualquer tempo, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante proposta do Conselho Penitenciário, modificar as condições e regras estabelecidas na sentença, ouvido o condenado.

§ 3º A fiscalização do cumprimento das condições, reguladas nos Estados, Territórios e Distrito Federal por normas supletivas, será atribuída a serviço social penitenciário, Patronato, Conselho da Comunidade ou instituição beneficiada com a prestação de serviços, inspecionados pelo Conselho Penitenciário, pelo Ministério Público, ou ambos, devendo o Juiz da execução suprir, por ato, a falta das normas supletivas.

§ 4º O beneficiário, ao comparecer periodicamente à entidade fiscalizadora, para comprovar a observância das condições a que está sujeito, comunicará, também, a sua ocupação e os salários ou proventos de que vive.

§ 5º A entidade fiscalizadora deverá comunicar imediatamente ao órgão de inspeção, para os fins legais, qualquer fato capaz de acarretar a revogação do benefício, a prorrogação do prazo ou a modificação das condições.

§ 6º Se for permitido ao beneficiário mudar-se, será feita comunicação ao Juiz e à entidade fiscalizadora do local da nova residência, aos quais o primeiro deverá apresentar-se imediatamente.

Art. 159. Quando a suspensão condicional da pena for concedida por Tribunal, a este caberá estabelecer as condições do benefício.

§ 1º De igual modo proceder-se-á quando o Tribunal modificar as condições estabelecidas na sentença recorrida.

§ 2º O Tribunal, ao conceder a suspensão condicional da pena, poderá, todavia, conferir ao Juízo da execução a incumbência de estabelecer as condições do benefício, e, em qualquer caso, a de realizar a audiência admonitória.

Art. 160. Transitada em julgado a sentença condenatória, o Juiz a lerá ao condenado, em audiência, advertindo-o das consequências de nova infração penal e do descumprimento das condições impostas.

Art. 161. Se, intimado pessoalmente ou por edital com prazo de 20 (vinte) dias, o réu não comparecer injustificadamente à audiência admonitória, a suspensão ficará sem efeito

e será executada imediatamente a pena.

Art. 162. A revogação da suspensão condicional da pena e a prorrogação do período de prova dar-se-ão na forma do artigo 81 e respectivos parágrafos do Código Penal.

Art. 163. A sentença condenatória será registrada, com a nota de suspensão em livro especial do Juízo a que couber a execução da pena.

§ 1º Revogada a suspensão ou extinta a pena, será o fato averbado à margem do registro.

§ 2º O registro e a averbação serão sigilosos, salvo para efeito de informações requisitadas por órgão judiciário ou pelo Ministério Público, para instruir processo penal.

CAPÍTULO IV

Da Pena de Multa

Art. 164. Extraída certidão da sentença condenatória com trânsito em julgado, que valerá como título executivo judicial, o Ministério Público requererá, em autos apartados, a citação do condenado para, no prazo de 10 (dez) dias, pagar o valor da multa ou nomear bens à penhora.

§ 1º Decorrido o prazo sem o pagamento da multa, ou o depósito da respectiva importância, proceder-se-á à penhora de tantos bens quantos bastem para garantir a execução.

§ 2º A nomeação de bens à penhora e a posterior execução seguirão o que dispuser a lei processual civil.

Art. 165. Se a penhora recair em bem imóvel, os autos apartados serão remetidos ao Juízo Cível para prosseguimento.

Art. 166. Recaindo a penhora em outros bens, dar-se-á prosseguimento nos termos do § 2º do artigo 164, desta Lei.

Art. 167. A execução da pena de multa será suspensa quando sobrevier ao condenado doença mental (artigo 52 do Código Penal).

Art. 168. O Juiz poderá determinar que a cobrança da multa se efetue mediante desconto no vencimento ou salário do condenado, nas hipóteses do artigo 50, § 1º, do Código Penal, observando-se o seguinte:

I - o limite máximo do desconto mensal será o da quarta parte da remuneração e o mínimo o de um décimo;

II - o desconto será feito mediante ordem do Juiz a quem de direito;

III - o responsável pelo desconto será intimado a recolher mensalmente, até o dia fixado pelo Juiz, a importância determinada.

Art. 169. Até o término do prazo a que se refere o artigo 164 desta Lei, poderá o condenado requerer ao Juiz o pagamento da multa em prestações mensais, iguais e sucessivas.

§ 1º O Juiz, antes de decidir, poderá determinar diligências para verificar a real situação econômica do condenado e, ouvido o Ministério Público, fixará o número de prestações.

§ 2º Se o condenado for impontual ou se melhorar de situação econômica, o Juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, revogará o benefício executando-se a

multa, na forma prevista neste Capítulo, ou prosseguindo-se na execução já iniciada.

Art. 170. Quando a pena de multa for aplicada cumulativamente com pena privativa da liberdade, enquanto esta estiver sendo executada, poderá aquela ser cobrada mediante desconto na remuneração do condenado (artigo 168).

§ 1º Se o condenado cumprir a pena privativa de liberdade ou obtiver livramento condicional, sem haver resgatado a multa, far-se-á a cobrança nos termos deste Capítulo.

§ 2º Aplicar-se-á o disposto no parágrafo anterior aos casos em que for concedida a suspensão condicional da pena.



TÍTULO VI

Da Execução das Medidas de Segurança

CAPÍTULO I

Disposições Gerais



Art. 171. Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

Art. 172. Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

Art. 173. A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o Juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

- I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;
- II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;
- III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;
- IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento.

§ 1º Ao Ministério Público será dada ciência da guia de recolhimento e de sujeição a tratamento.

§ 2º A guia será retificada sempre que sobrevier modificações quanto ao prazo de execução.

Art. 174. Aplicar-se-á, na execução da medida de segurança, naquilo que couber, o disposto nos artigos 8º e 9º desta Lei.

CAPÍTULO II

Da Cessação da Periculosidade

Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

- I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;
- II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;
- III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;
- IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;
- V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;
- VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Art. 177. Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

Art. 178. Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (artigo 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos artigos 132 e 133 desta Lei.

Art. 179. Transitada em julgado a sentença, o Juiz expedirá ordem para a desinternação ou a liberação.

TÍTULO VII

Dos Incidentes de Execução

CAPÍTULO I

Das Conversões

Art. 180. A pena privativa de liberdade, não superior a 2 (dois) anos, poderá ser convertida em restritiva de direitos, desde que:

- I - o condenado a esteja cumprindo em regime aberto;
- II - tenha sido cumprido pelo menos 1/4 (um quarto) da pena;

III - os antecedentes e a personalidade do condenado indiquem ser a conversão recomendável.

Art. 181. A pena restritiva de direitos será convertida em privativa de liberdade nas hipóteses e na forma do artigo 45 e seus incisos do Código Penal.

§ 1º A pena de prestação de serviços à comunidade será convertida quando o condenado:

- a) não for encontrado por estar em lugar incerto e não sabido, ou desatender a intimação por edital;
- b) não comparecer, injustificadamente, à entidade ou programa em que deva prestar serviço;
- c) recusar-se, injustificadamente, a prestar o serviço que lhe foi imposto;
- d) praticar falta grave;
- e) sofrer condenação por outro crime à pena privativa de liberdade, cuja execução não tenha sido suspensa.



§ 2º A pena de limitação de fim de semana será convertida quando o condenado não comparecer ao estabelecimento designado para o cumprimento da pena, recusar-se a exercer a atividade determinada pelo Juiz ou se ocorrer qualquer das hipóteses das letras “a”, “d” e “e” do parágrafo anterior.

§ 3º A pena de interdição temporária de direitos será convertida quando o condenado exercer, injustificadamente, o direito interditado ou se ocorrer qualquer das hipóteses das letras “a” e “e”, do § 1º, deste artigo.

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

Art. 184. O tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida.

Parágrafo único. Nesta hipótese, o prazo mínimo de internação será de 1 (um) ano.

CAPÍTULO II

Do Excesso ou Desvio

Art. 185. Haverá excesso ou desvio de execução sempre que algum ato for praticado além dos limites fixados na sentença, em normas legais ou regulamentares.

Art. 186. Podem suscitar o incidente de excesso ou desvio de execução:

- I - o Ministério Público;
- II - o Conselho Penitenciário;
- III - o sentenciado;
- IV - qualquer dos demais órgãos da execução penal.

CAPÍTULO III

Da Anistia e do Indulto

- Art. 187. Concedida a anistia, o Juiz, de ofício, a requerimento do interessado ou do Ministério Público, por proposta da autoridade administrativa ou do Conselho Penitenciário, declarará extinta a punibilidade.
- Art. 188. O indulto individual poderá ser provocado por petição do condenado, por iniciativa do Ministério Público, do Conselho Penitenciário, ou da autoridade administrativa.
- Art. 189. A petição do indulto, acompanhada dos documentos que a instruírem, será entregue ao Conselho Penitenciário, para a elaboração de parecer e posterior encaminhamento ao Ministério da Justiça.
- Art. 190. O Conselho Penitenciário, à vista dos autos do processo e do prontuário, promoverá as diligências que entender necessárias e fará, em relatório, a narração do ilícito penal e dos fundamentos da sentença condenatória, a exposição dos antecedentes do condenado e do procedimento deste depois da prisão, emitindo seu parecer sobre o mérito do pedido e esclarecendo qualquer formalidade ou circunstâncias omitidas na petição.
- Art. 191. Processada no Ministério da Justiça com documentos e o relatório do Conselho Penitenciário, a petição será submetida a despacho do Presidente da República, a quem serão presentes os autos do processo ou a certidão de qualquer de suas peças, se ele o determinar.
- Art. 192. Concedido o indulto e anexada aos autos cópia do decreto, o Juiz declarará extinta a pena ou ajustará a execução aos termos do decreto, no caso de comutação.
- Art. 193. Se o sentenciado for beneficiado por indulto coletivo, o Juiz, de ofício, a requerimento do interessado, do Ministério Público, ou por iniciativa do Conselho Penitenciário ou da autoridade administrativa, providenciará de acordo com o disposto no artigo anterior.

TÍTULO VIII

Do Procedimento Judicial

- Art. 194. O procedimento correspondente às situações previstas nesta Lei será judicial, desenvolvendo-se perante o Juízo da execução.
- Art. 195. O procedimento judicial iniciar-se-á de ofício, a requerimento do Ministério Público, do interessado, de quem o represente, de seu cônjuge, parente ou descendente, mediante proposta do Conselho Penitenciário, ou, ainda, da autoridade administrativa.
- Art. 196. A portaria ou petição será autuada ouvindo-se, em 3 (três) dias, o condenado e o Ministério Público, quando não figurem como requerentes da medida.
- § 1º Sendo desnecessária a produção de prova, o Juiz decidirá de plano, em igual prazo.
- § 2º Entendendo indispensável a realização de prova pericial ou oral, o Juiz a ordenará, decidindo após a produção daquela ou na audiência designada.
- Art. 197. Das decisões proferidas pelo Juiz caberá recurso de agravo, sem efeito suspensivo.

TÍTULO IX

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 198. É defesa ao integrante dos órgãos da execução penal, e ao servidor, a divulgação de ocorrência que perturbe a segurança e a disciplina dos estabelecimentos, bem como exponha o preso à inconveniente notoriedade, durante o cumprimento da pena.



Art. 199. O emprego de algemas será disciplinado por decreto federal.



Art. 200. O condenado por crime político não está obrigado ao trabalho.



Art. 201. Na falta de estabelecimento adequado, o cumprimento da prisão civil e da prisão administrativa se efetivará em seção especial da Cadeia Pública.

Art. 202. Cumprida ou extinta a pena, não constarão da folha corrida, atestados ou certidões fornecidas por autoridade policial ou por auxiliares da Justiça, qualquer notícia ou referência à condenação, salvo para instruir processo pela prática de nova infração penal ou outros casos expressos em lei.

Art. 203. No prazo de 6 (seis) meses, a contar da publicação desta Lei, serão editadas as normas complementares ou regulamentares, necessárias à eficácia dos dispositivos não auto-aplicáveis.

§ 1º Dentro do mesmo prazo deverão as Unidades Federativas, em convênio com o Ministério da Justiça, projetar a adaptação, construção e equipamento de estabelecimentos e serviços penais previstos nesta Lei.

§ 2º Também, no mesmo prazo, deverá ser providenciada a aquisição ou desapropriação de prédios para instalação de casas de albergados.

§ 3º O prazo a que se refere o caput deste artigo poderá ser ampliado, por ato do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, mediante justificada solicitação, instruída com os projetos de reforma ou de construção de estabelecimentos.

§ 4º O descumprimento injustificado dos deveres estabelecidos para as Unidades Federativas implicará na suspensão de qualquer ajuda financeira a elas destinada pela União, para atender às despesas de execução das penas e medidas de segurança.

Art. 204. Esta Lei entra em vigor concomitantemente com a lei de reforma da Parte Geral do Código Penal, revogadas as disposições em contrário, especialmente a Lei nº 3.274, de 2 de outubro de 1957.

Brasília, 11 de julho de 1984; 163º da Independência e 96º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Ibrahim Abi-Ackel



Lei nº 10.792, de 01 de dezembro de 2003

Dá nova redação ao art. 1 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984
– Lei de Execução Penal, para desobrigar médicos, psicólogos e assistentes sociais da realização do exame criminológico



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

Art. 1º A Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“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.” (NR)

“Art. 34.....

§ 1º (parágrafo único renumerado)

§ 2º Os governos federal, estadual e municipal poderão celebrar convênio com a iniciativa privada, para implantação de oficinas de trabalho referentes a setores de apoio dos presídios.” (NR)

“Art. 52. A prática de fato previsto como crime doloso constitui falta grave e, quando ocasione subversão da ordem ou disciplina internas, sujeita o preso provisório, ou condenado, sem prejuízo da sanção penal, ao regime disciplinar diferenciado, com as seguintes características:

I - duração máxima de trezentos e sessenta dias, sem prejuízo de repetição da sanção por nova falta grave de mesma espécie, até o limite de um sexto da pena aplicada;

II - recolhimento em cela individual;

III - visitas semanais de duas pessoas, sem contar as crianças, com duração de duas horas;

IV - o preso terá direito à saída da cela por 2 horas diárias para banho de sol.

§ 1º O regime disciplinar diferenciado também poderá abrigar presos provisórios ou condenados, nacionais ou estrangeiros, que apresentem alto risco para a ordem e a segurança do estabelecimento penal ou da sociedade.

§ 2º Estará igualmente sujeito ao regime disciplinar diferenciado o preso provisório ou o condenado sob o qual recaiam fundadas suspeitas de

envolvimento ou participação, a qualquer título, em organizações criminosas, quadrilha ou bando.” (NR)

“Art. 53.

V - inclusão no regime disciplinar diferenciado.” (NR)

“Art. 54. As sanções dos incisos I a IV do art. 53 serão aplicadas por ato motivado do diretor do estabelecimento e a do inciso V, por prévio e fundamentado despacho do juiz competente.

§ 1º A autorização para a inclusão do preso em regime disciplinar dependerá de requerimento circunstanciado elaborado pelo diretor do estabelecimento ou outra autoridade administrativa.

§ 2º A decisão judicial sobre inclusão de preso em regime disciplinar será precedida de manifestação do Ministério Público e da defesa e prolatada no prazo máximo de quinze dias.” (NR)

“Art. 57. Na aplicação das sanções disciplinares, levar-se-ão em conta a natureza, os motivos, as circunstâncias e as consequências do fato, bem como a pessoa do faltoso e seu tempo de prisão.

Parágrafo único. Nas faltas graves, aplicam-se as sanções previstas nos incisos III a V do art. 53 desta Lei.” (NR)

“Art. 58. O isolamento, a suspensão e a restrição de direitos não poderão exceder a trinta dias, ressalvada a hipótese do regime disciplinar diferenciado.”

.....” (NR)

“Art. 60. A autoridade administrativa poderá decretar o isolamento preventivo do faltoso pelo prazo de até dez dias. A inclusão do preso no regime disciplinar diferenciado, no interesse da disciplina e da averiguação do fato, dependerá de despacho do juiz competente.

Parágrafo único. O tempo de isolamento ou inclusão preventiva no regime disciplinar diferenciado será computado no período de cumprimento da sanção disciplinar.” (NR)

“Art. 70.

I - emitir parecer sobre indulto e comutação de pena, excetuada a hipótese de pedido de indulto com base no estado de saúde do preso;

.....” (NR)

“Art. 72.

VI – estabelecer, mediante convênios com as unidades federativas, o cadastro nacional das vagas existentes em estabelecimentos locais destinadas ao cumprimento de penas privativas de liberdade aplicadas pela justiça de outra unidade federativa, em especial para presos sujeitos a regime disciplinar.

.....” (NR)

“Art. 86.

§ 1º A União Federal poderá construir estabelecimento penal em local distante da condenação para recolher os condenados, quando a medida se justifique no interesse da segurança pública ou do próprio condenado.

.....
 § 3º Caberá ao juiz competente, a requerimento da autoridade administrativa definir o estabelecimento prisional adequado para abrigar o preso provisório ou condenado, em atenção ao regime e aos requisitos estabelecidos.” (NR)

“Art. 87.



Parágrafo único. A União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Territórios poderão construir Penitenciárias destinadas, exclusivamente, aos presos provisórios e condenados que estejam em regime fechado, sujeitos ao regime disciplinar diferenciado, nos termos do art. 52 desta Lei.” (NR)



“Art. 112. A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e ostentar bom comportamento carcerário, comprovado pelo diretor do estabelecimento, respeitadas as normas que vedam a progressão.



§ 1º A decisão será sempre motivada e precedida de manifestação do Ministério Público e do defensor.

§ 2º Idêntico procedimento será adotado na concessão de livramento condicional, indulto e comutação de penas, respeitados os prazos previstos nas normas vigentes.” (NR)

Art. 2º O Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 185. O acusado que comparecer perante a autoridade judiciária, no curso do processo penal, será qualificado e interrogado na presença de seu defensor, constituído ou nomeado.

§ 1º O interrogatório do acusado preso será feito no estabelecimento prisional em que se encontrar, em sala própria, desde que estejam garantidas a segurança do juiz e auxiliares, a presença do defensor e a publicidade do ato. Inexistindo a segurança, o interrogatório será feito nos termos do Código de Processo Penal.

§ 2º Antes da realização do interrogatório, o juiz assegurará o direito de entrevista reservada do acusado com seu defensor.” (NR)

“Art. 186. Depois de devidamente qualificado e cientificado do inteiro teor da acusação, o acusado será informado pelo juiz, antes de iniciar o interrogatório, do seu direito de permanecer calado e de não responder perguntas que lhe forem formuladas.

Parágrafo único. O silêncio, que não importará em confissão, não poderá ser interpretado em prejuízo da defesa.” (NR)

“Art. 187. O interrogatório será constituído de duas partes: sobre a pessoa do

acusado e sobre os fatos.

§ 1º Na primeira parte o interrogando será perguntado sobre a residência, meios de vida ou profissão, oportunidades sociais, lugar onde exerce a sua atividade, vida pregressa, notadamente se foi preso ou processado alguma vez e, em caso afirmativo, qual o juízo do processo, se houve suspensão condicional ou condenação, qual a pena imposta, se a cumpriu e outros dados familiares e sociais.

§ 2º Na segunda parte será perguntado sobre:

I - ser verdadeira a acusação que lhe é feita;

II - não sendo verdadeira a acusação, se tem algum motivo particular a que atribuí-la, se conhece a pessoa ou pessoas a quem deva ser imputada a prática do crime, e quais sejam, e se com elas esteve antes da prática da infração ou depois dela;

III - onde estava ao tempo em que foi cometida a infração e se teve notícia desta;

IV - as provas já apuradas;

V - se conhece as vítimas e testemunhas já inquiridas ou por inquirir, e desde quando, e se tem o que alegar contra elas;

VI - se conhece o instrumento com que foi praticada a infração, ou qualquer objeto que com esta se relacione e tenha sido apreendido;

VII - todos os demais fatos e pormenores que conduzam à elucidação dos antecedentes e circunstâncias da infração;

VIII - se tem algo mais a alegar em sua defesa." (NR)

"Art. 188. Após proceder ao interrogatório, o juiz indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se o entender pertinente e relevante." (NR)

"Art. 189. Se o interrogando negar a acusação, no todo ou em parte, poderá prestar esclarecimentos e indicar provas." (NR)

"Art. 190. Se confessar a autoria, será perguntado sobre os motivos e circunstâncias do fato e se outras pessoas concorreram para a infração, e quais sejam." (NR)

"Art. 191. Havendo mais de um acusado, serão interrogados separadamente." (NR)

"Art. 192. O interrogatório do mudo, do surdo ou do surdo-mudo será feito pela forma seguinte:

I - ao surdo serão apresentadas por escrito as perguntas, que ele responderá oralmente;

II - ao mudo as perguntas serão feitas oralmente, respondendo-as por escrito;

III - ao surdo-mudo as perguntas serão formuladas por escrito e do mesmo

modo dará as respostas.

Parágrafo único. Caso o interrogando não saiba ler ou escrever, intervirá no ato, como intérprete e sob compromisso, pessoa habilitada a entendê-lo.” (NR)

“Art. 193 Quando o interrogando não falar a língua nacional, o interrogatório será feito por meio de intérprete.” (NR)

“Art. 194. (revogado)”

“Art. 195. Se o interrogado não souber escrever, não puder ou não quiser assinar, tal fato será consignado no termo.” (NR)



“Art. 196. A todo tempo o juiz poderá proceder a novo interrogatório de ofício ou a pedido fundamentado de qualquer das partes.” (NR)

“Art. 261.

Parágrafo único. A defesa técnica, quando realizada por defensor público ou dativo, será sempre exercida através de manifestação fundamentada.” (NR)



“Art. 360. Se o réu estiver preso, será pessoalmente citado.” (NR)



Art. 3º Os estabelecimentos penitenciários disporão de aparelho detector de metais, aos quais devem se submeter todos que queiram ter acesso ao referido estabelecimento, ainda que exerçam qualquer cargo ou função pública.

Art. 4º Os estabelecimentos penitenciários, especialmente os destinados ao regime disciplinar diferenciado, disporão, dentre outros equipamentos de segurança, de bloqueadores de telecomunicação para telefones celulares, rádio-transmissores e outros meios, definidos no art. 60, § 1º, da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 5º Nos termos do disposto no inciso I do art. 24 da Constituição da República, observados os arts. 44 a 60 da Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984, os Estados e o Distrito Federal poderão regulamentar o regime disciplinar diferenciado, em especial para:

I - estabelecer o sistema de rodízio entre os agentes penitenciários que entrem em contato direto com os presos provisórios e condenados;

II - assegurar o sigilo sobre a identidade e demais dados pessoais dos agentes penitenciários lotados nos estabelecimentos penais de segurança máxima;

III - restringir o acesso dos presos provisórios e condenados aos meios de comunicação de informação;

IV - disciplinar o cadastramento e agendamento prévio das entrevistas dos presos provisórios ou condenados com seus advogados, regularmente constituídos nos autos da ação penal ou processo de execução criminal, conforme o caso;

V - elaborar programa de atendimento diferenciado aos presos provisórios e condenados, visando a sua reintegração ao regime comum e recompensando-lhes o bom comportamento durante o período de sanção disciplinar.” (NR)

Art. 6º No caso de motim, o Diretor do Estabelecimento Prisional poderá determinar a transferência do preso, comunicando-a ao juiz competente no prazo de até vinte e quatro horas.

Art. 7º A União definirá os padrões mínimos do presídio destinado ao cumprimento de regime disciplinar.

Art. 8º A União priorizará, quando da construção de presídios federais, os estabelecimentos que se destinem a abrigar presos provisórios ou condenados sujeitos a regime disciplinar diferenciado.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Revoga-se o art. 194 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.

Brasília, 1º de dezembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos



Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009

Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.

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

Art. 1º O art. 14 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º:

“Art. 14.....

.....

§ 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido.” (NR)

Art. 2º O § 2º do art. 83 e o art. 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 83.....

.....

§ 2º Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade.” (NR)

“Art. 89. Além dos requisitos referidos no art. 88, 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.

Parágrafo único. São requisitos básicos da seção e da creche referidas neste artigo:

I – atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; e

II – horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável.” (NR)

Art. 3º Para o cumprimento do que dispõe esta Lei, deverão ser observadas as normas de finanças públicas aplicáveis.

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

Brasília, 28 de maio de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto

José Gomes Temporão



RESOLUÇÕES

Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)



Resolução CNPCP nº 06, de 26 de julho de 1999



Repudia a segregação de presos soropositivos ou aidéticos sob a justificativa do risco de disseminação da doença e recomenda o isolamento apenas após exame médico individualizado



O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais, e tendo em vista a decisão adotada por unanimidade, na reunião ordinária de 19 de julho de 1999,

CONSIDERANDO a atribuição deste Conselho de nortear a execução da pena em todo o território brasileiro;

CONSIDERANDO as inúmeras solicitações encaminhadas a este Conselho no sentido de definir-se um procedimento uniforme quanto ao tratamento a ser dado aos soropositivos e aidéticos, recolhidos nos estabelecimentos penais do País;

CONSIDERANDO o disposto na Constituição Federal e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), no que concerne aos direitos fundamentais da pessoa humana;

CONSIDERANDO, afinal, a recomendação constante das Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento dos Presos de que “salvo em referência às medidas de separação, justificadas, ou à preservação da disciplina, não deve, o sistema penitenciário, agravar os sofrimentos inerentes à situação do preso”,

RESOLVE:

1. Tornar público seu repúdio às práticas de separação dos presos soropositivos ou aidéticos sob o argumento de que sua convivência com os demais presos, aliada à promiscuidade, contribui para a disseminação dessa doença;
2. Registrar que as medidas segregativas são, neste caso, discriminatórias, e, por isso mesmo inconstitucionais, só devendo ocorrer o isolamento por recomendação médica, após exame individualizado, que comprove sua absoluta necessidade;
3. Assinalar a importância da realização de campanhas de prevenção da aids, a par da distribuição regular de preservativos.

4. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LICÍNIO BARBOSA

Presidente



Resolução CNPCP nº 07, de 14 de abril de 2003

Recomenda a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde no sistema penitenciário, pautadas pela lógica da atenção básica.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a decisão, por unanimidade, do CNPCP, reunido em 14 de abril de 2003, com o objetivo de firmar Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários;

Resolve:

Art. 1º Por entender que uma boa atenção à saúde constitui um fator importante para a valorização da cidadania, além de reduzir as tensões inerentes às condições carcerárias, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária resolveu recomendar adoção de um elenco mínimo de ações de saúde que deve ser implantado nos sistemas penitenciários dos Estados.

I. Estas ações devem estar calcadas na legislação de saúde e na Lei de Execução Penal e devem levar em conta as orientações do Plano Nacional de Atenção Básica à Saúde e atender às peculiaridades do sistema penitenciário e da região onde este se encontra.

II. Devem ser contempladas ações mínimas de prevenção e controle da tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e aids, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes além do câncer cérvico uterino e de mama. São também necessárias ações dirigidas à saúde mental, à saúde bucal, à realização de pré-natal e à imunização para hepatite B e Tétano.

III. Para a execução destas ações cada unidade prisional deverá contar com um ambulatório de saúde equipado, conforme anexo I.

IV. Para o atendimento ambulatorial são necessários, no mínimo, servidores públicos das seguintes categorias profissionais: 01 médico clínico, 01 médico psiquiatra, 01 odontólogo, 01 assistente social, 01 psicólogo, 02 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar de consultório dentário com carga horária de 20 horas semanais. Nas unidades femininas deve haver sempre, pelo menos, 01 médico ginecologista.

V. Cada uma destas equipes deverá ser responsável por 500 presos.

VI. A equipe técnica deverá receber treinamento para a execução dos Programas de Atenção Básica, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, para os agravos elencados no item 2.



VII. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – deverá constituir a base de referência para a definição dos medicamentos utilizados pelo sistema penitenciário de cada estado. A aquisição dos medicamentos deverá se dar de acordo com a padronização de tratamento para as doenças prevalentes como definido pelo Ministério da Saúde. Os ambulatórios deverão manter atualizado o cadastro de pacientes nos casos de tuberculose, hanseníase, DST/aids, diabetes entre outras de notificação compulsória.

VIII. Para a aquisição e dispensação dos medicamentos é necessário o emprego de farmacêutico.

IX. No momento de seu ingresso no sistema penitenciário, todos os apenados deverão passar por uma avaliação a fim de estabelecer um diagnóstico de saúde e iniciar a assistência necessária.

Nessa oportunidade serão realizados exames básicos que permitam a detecção das doenças e agravos elencados no item 2 bem como a imunização contra Hepatite B e Tétano.

X. O atendimento ambulatorial deverá dar continuidade à assistência inicial tanto no que concerne à imunização quanto ao tratamento necessário.

XI. A atenção à saúde da mulher deverá ser prestada desde o seu ingresso no sistema penitenciário, quando deverá ser realizada a consulta ginecológica incluindo a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, obedecendo, posteriormente, à periodicidade determinada pelo Ministério da Saúde.

XII. As unidades femininas deverão estar aptas a realizar o acompanhamento pré-natal de baixo risco.

XIII. As ações de saúde bucal devem ser desenvolvidas levando em consideração os níveis de prevenção a seguir: proteção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato, limitação do dano e reabilitação. Os equipamentos e materiais necessários encontram-se elencados no Anexo II.

XIV. A atenção em Saúde Mental deverá prever a assistência aos inimputáveis, de acordo com a legislação vigente, bem como ações de prevenção e tratamento dos agravos psicossociais decorrentes ou não do confinamento.

XV. Os casos que exijam complementação diagnóstica e/ou assistência de média e alta complexidade deverão ser referenciados na Rede SUS por meio de parcerias e convênios.

XVI. O registro das condições clínicas e de saúde dos apenados deverá ser feito e acompanhado em prontuário que acompanhará o preso em suas transferências. Esta documentação deverá ser mantida sob a responsabilidade do serviço de saúde penitenciária e garantido o seu sigilo.



Anexo 1

Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas**AMBIENTE ÁREA MÍNIMA OBSERVAÇÕES**

2 Consultórios médico/psicológico/ social



7,5 m² Lavatório

Consultório odontológico

9,0 m² Bancada de apoio com pia de lavagem



Sala de curativos e Posto de enfermagem

12,0 m² Bancada de apoio com pia de lavagem.

1 maca de procedimentos ou mesa ginecológica reversível e mocho, para as unidades femininas



1 foco de luz

1 mesa (para relatórios)

1 hamper de roupa suja

Sanitário para pacientes

1,6 m² Dimensão mínima = 1,2 m

Farmácia 1,5 m² Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem

Rouparia Armário para guarda de roupa limpa

DML 2:00 m² Depósito de material de limpeza – com tanque

Sanitários para equipe de saúde

1,6 m² (cada) 1 masculino e 1 feminino

Anexo 2**Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais**

Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ

Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.

Equipamentos Odontológicos:

amalgamador

aparelho fotopolimerizador

cadeira odontológica

compressor

equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)

estufa ou autoclave

mocho

refletor

unidade auxiliar

Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de atendimentos

diários previstos):

alveolótomo

aplicador para cimento (duplo)

bandeja de aço

brunidor

cabo para bisturi

cabo para espelho

caixa inox com tampa

condensadores (tamanhos variados)

cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)

curetas alveolares

elevadores (alavancas) para raiz adulto

escavador de dentina (tamanhos variados)

esculpidor Hollembach

espátula para cimento

espelho odontológico



fórceps adultos (vários números)
frascos Dappen de plástico e de vidro
lamparina
lima óssea
pinça Halstead (mosquito) curva e reta
pinça para algodão
placa de vidro
porta agulha pequeno
porta amálgama
porta matriz
seringa Carpule
sindesmótomo
sonda exploradora
sonda periodontal milimetrada
tesoura cirúrgica reta e curva
tesoura íris
tesoura standard



Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de abril de 2003

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente

Resolução CNPCP nº 05, de 04 de maio de 2004

Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança

O CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, reunido em sessão ordinária aos 04 dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, na cidade de Brasília, tendo presente a Proposta de Diretrizes para o cumprimento de Medidas de Segurança, adequando-as ao contido na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as Diretrizes Anexas à presente Resolução, visando adequar as Medidas de Segurança às disposições da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Art. 2º Recomendar à Secretaria deste Conselho que remeta cópia desta Resolução e do Anexo que a integra às Secretarias Estaduais que administram o Sistema Prisional, bem como aos Conselhos Penitenciários Estaduais e ao DEPEN/MJ.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

ANTONIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente



DIRETRIZES PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

A partir dos resultados do “Projeto de Apoio à Reinserção Social dos Pacientes Internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro”, realizado por equipe da Superintendência de Saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e considerando as propostas aprovadas na “III Conferência Nacional de Saúde Mental” e no “Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, bem como as discussões ocorridas na Comissão eleita no referido Seminário para encaminhar projeto de mudança à Lei de Execução Penal, e tendo como objetivo adequar as medidas de segurança aos princípios do SUS e às diretrizes previstas na Lei nº 10.216/2001, ficam propostas as seguintes diretrizes:

1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar.
2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sóciofamiliar.
3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população.
4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.
5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º).
6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais.
7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, eqüidade e controle social.
8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.
9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde.
10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado.
11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após

sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local.

12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica.

13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados.



14. Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente.



15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade.



16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos.

17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

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.



O Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), no uso de suas atribuições e,

CONSIDERANDO a necessidade de dotar os estabelecimentos penais de meios e procedimentos adequados à manutenção da ordem e disciplina em seu interior;

CONSIDERANDO a verificação de excessos no controle do ingresso de cidadãos livres nos estabelecimentos penais;

CONSIDERANDO a necessidade de preservar a dignidade pessoal do cidadão livre, cujo ingresso nos estabelecimentos penais é submetido a controle;

RESOLVE recomendar que a revista, por ocasião do referido ingresso, seja efetuada com observância do seguinte:

Art. 1º A revista é a inspeção que se efetua, com fins de segurança, por meios eletrônicos e/ou manuais, em pessoas que, na qualidade de visitantes, servidores ou prestadores de serviço, ingressem nos estabelecimentos penais.

§ 1º A revista abrange os veículos que conduzem os revistandos, bem como os objetos por eles portados.

§ 2º A revista eletrônica deverá ser feita por detectores de metais, aparelhos de raio X, dentre outros equipamentos de segurança, capazes de identificar armas, explosivos, drogas e similares.

Art. 2º A revista manual só se efetuará em caráter excepcional, ou seja, quando houver fundada suspeita de que o revistando é portador de objeto ou substância proibidos legalmente e/ou que venham a por em risco a segurança do estabelecimento.

Parágrafo único. A fundada suspeita deverá ter caráter objetivo, diante de fato identificado e de reconhecida procedência, registrado pela administração, em livro próprio e assinado pelo revistado.

Art. 3º A revista manual deverá preservar a honra e a dignidade do revistando e efetuar-se-á em local reservado.

Art. 4º A revista manual será efetuada por servidor habilitado, do mesmo sexo do revistando.

Art. 5º A critério da Administração Penitenciária a revista manual será feita, sempre que possível,

no preso visitado, logo após a visita, e não no visitante.

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

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente do CNPCP

Publicado no D.O.U. n.º155, de 14/08/2006, seção 1 – pág. 15



Resolução CNPCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006

Aponta diretrizes para a detecção de casos de tuberculose no sistema prisional



O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA - CNPCP, Dr. Antônio Cláudio Mariz de Oliveira, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista manifestação unânime do Conselho na reunião ordinária realizada aos 13 e 14 dias do mês de novembro do ano de 2006, na cidade de Brasília; considerando os trabalhos realizados pela Comissão coordenada pelo Dr. Edison Jose Biondi, Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com a participação da Dra. Alexandra Augusta M.M. R. Sanchez, pneumologista, responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose SUPS/SEAP/RJ e pela Dra. Andréa Telles Rosa, enfermeira, ex-diretora da Divisão de Programas Especiais SUPS/SEAP/RJ;

CONSIDERANDO a importância da Política de Atenção à Saúde Penitenciária, normatizada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde Penitenciária;

CONSIDERANDO a importância das atividades de rastreamento e controle da Tuberculose, patologia que figura entre as principais causas de morbimortalidade na população confinada de todo o país, com índices epidemiológicos várias vezes superiores aos da população livre;

CONSIDERANDO que as condições de encarceramento favorecem a transmissão da tuberculose e que elevada freqüência de indivíduos que, ingressam no sistema penitenciário já doente, contribuem para a proliferação da doença intramuros;

CONSIDERANDO que os elevados índices epidemiológicos da tuberculose entre a população confinada coloca em situação de risco as comunidades de origem dos internos e, por extensão, toda a sociedade livre, fortalecendo a cadeia de transmissão por meio do contato com familiares e servidores penitenciários;

CONSIDERANDO a importância da iniciativa da Oficina com Profissionais e Gerentes de Laboratórios para Execução das Atividades do Projeto do Sistema Prisional, e as recomendações contidas em documento enviado ao Conselho Nacional de política Criminal e Penitenciária;

Resolve recomendar:

Art. 1º A edição da presente recomendação para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário, como Diretriz Básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas;

Art. 2º Que as Secretarias Estaduais de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária, ou

congêneres devem instituir um Serviço de Transporte específico para o Serviço de Saúde, destinado exclusivamente ao deslocamento de pacientes e materiais biológicos entre as Unidades Prisionais e as Unidades de Saúde e Laboratórios de Referência;

Art. 3º Que as Secretarias Estaduais de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária, ou congêneres, como forma de otimizar equipamentos e pessoal, devem centralizar a entrada de internos, de maneira a permitir a execução dos exames de saúde admissionais, como parte do previsto pela Lei de Execuções Penais, em seu título II, artigos 5º e 14º. Nos estados de grande extensão territorial, em que as unidades sejam dispersas, recomenda-se a regionalização da entrada dos internos.

Art. 4º Que, de acordo com as características de cada Unidade Federada, a Secretaria de Estado de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária ou congêneres, deve providenciar, junto ao Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), a aquisição, de equipamentos, fixos ou móveis, que permitam a realização de exames admissionais como parte do Protocolo de Entrada no Sistema Penitenciário de cada Estado, contemplando, minimamente, o elenco de Ações previstas no Plano Nacional de Saúde Penitenciária.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA

Presidente do CNPCP

Publicado D.O.U. nº 249, de 29/12/2006, seção 1, págs. 601 a 603



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP)

Recomendações para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário

1. INTRODUÇÃO

A avaliação de saúde no momento do ingresso no sistema penitenciário, compreendendo o exame para detecção de tuberculose (TB), é realizada como rotina na maioria das prisões dos países industrializados, preconizada em legislação nacional e internacional (Anexo 1) e recomendada pela Organização Mundial de Saúde, (OMS). Apesar de previsto na Lei de Execução Penal (Anexo 1), não é realizado como rotina na maioria das prisões brasileiras.



O controle da TB baseia-se na interrupção da cadeia de transmissão mediante identificação precoce e tratamento adequado dos casos segundo as Normas Técnicas para o Controle da Tuberculose e está contemplado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Em complemento, e considerando as especificidades das prisões, o exame sistemático dos ingressos no sistema penitenciário é uma das ações fundamentais e estratégicas para o controle da TB nesta população.

A TB, por ser doença de transmissão aérea inter-humana, tem sua disseminação facilitada pela aglomeração, má ventilação e falta de iluminação natural, condições presentes em grande parte das unidades penais no país. Por outro lado os detentos são oriundos, em sua maioria, de comunidades desfavorecidas onde a freqüência de TB é alta e o acesso ao serviço de saúde muitas vezes difícil. Além disto, a maior freqüência de uso de drogas e de infecção pelo HIV, encontrados na população carcerária, favorecem o adoecimento por TB. Podem ainda permanecer por meses ou mesmo anos em delegacias de polícia onde as condições de encarceramento são péssimas e a atenção à saúde deficiente. Este conjunto de fatores explica a freqüência de TB entre os ingressos no sistema penitenciário.

Um estudo de detecção de TB, realizado em 2006 com 3.000 ingressos no RJ, tendo como método o screening radiológico, mostra que 3% já chegam no Sistema Penitenciário doentes, e se não forem identificados e tratados prontamente, irão contribuir para a disseminação da TB na unidade prisional onde forem alocados. Ainda segundo este estudo, 1/3 dos ingressos doentes se consideram assintomáticos, o que mostra a necessidade da utilização da radiografia de tórax como método de screening preferencialmente ao método baseado em sintomas. Qualquer que seja o método de screening utilizado, o teste diagnóstico recomendado é a baciloscopia de escarro e, quando indicado, a cultura para o Bacilo de Koch (BK).

Quanto à situação da TB na população já encarcerada, os dados oficiais são escassos e imprecisos para a maioria dos estados brasileiros, mas permitem estimar a gravidade da situação. Embora subestimada, a taxa média de incidência de TB no sistema penitenciário nacional foi, em 2005 de 1.106/100.000, 23 vezes superior à taxa da população geral (48/100.000), segundo informação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Duas teses mostraram incidências de TB pulmonar expressivas. Niero, no período de 1976-1980, encontrou taxa de incidência anual média de 1.073 por 100.000 habitantes na extinta Casa de Detenção de São Paulo. Posteriormente, Rozman, na mesma prisão, observou

uma taxa de incidência de 2.650 por 100.000. Em Campinas foi observada taxa de incidência de 1.397 por 100.000 em 1994 e 559 por 100.000 em 1999,18 taxas que, segundo os autores são subestimadas.

Nas prisões do Rio de Janeiro (RJ), a taxa média de incidência da TB obtida a partir de atividades de rotina em 2005 (3.532/100.000)¹⁹ foi 35 vezes superior à taxa global do estado. A gravidade desta situação foi confirmada por estudos de prevalência que mostraram taxas entre 4,6% a 8,6%.

O exame sistemático para a detecção de TB entre os ingresso já é praticado como rotina nas prisões da maioria dos países industrializados e o método de screening mais freqüentemente utilizado é o exame radiológico do tórax.

Face o exposto, torna-se necessário instituir no Brasil, de forma prioritária, o exame sistemático para a detecção de TB, como parte integrante da avaliação de saúde no momento do ingresso no sistema penitenciário, conforme as recomendações nacionais e internacionais.

O método de screening recomendado é o exame radiológico do tórax, que selecionará os indivíduos que serão então submetidos aos testes para diagnóstico (baciloscopia e cultura de escarro).

Como alternativa ao método de screening radiológico, a tosse por 3 semanas ou mais, método de suspeição recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para população geral, e/ou existência de antecedente de tuberculose poderão ser utilizados nas unidades prisionais consideradas como de baixo risco para tuberculose, segundo os critérios abaixo, adaptado de 4, reconhecendo-se porém, que este método não permite a detecção de proporção considerável dos casos existentes.

- Unidade prisional que não tenha apresentado nenhum caso de tuberculose no ano precedente,
- Unidade prisional que não abrigue número substancial de internos portadores de HIV/aids ou usuários de drogas injetáveis,
- Unidade prisional que não abrigue substancial número de indivíduos oriundos de região de média e alta endemicidade para tuberculose

A classificação das unidades segundo estes critérios deve ser revista anualmente.

2) Recomendações para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário

- O exame sistemático para detecção de tuberculose em ingressos no sistema penitenciário deve integrar o conjunto de ações desenvolvidas na “Porta de Entrada” do Sistema Penitenciário (Protocolo de Porta de Entrada) que deve incluir também exame médico e atividades de educação em saúde e conscientização, especialmente em HIV/aids, DST e tuberculose.
- Deve ser realizado em todas as unidades prisionais pelas quais se dá a entrada do interno no Sistema Penitenciário. A fim de otimizar a utilização de recursos humanos e materiais e facilitar o acesso de todos os ingressos à avaliação de saúde admissional, o número de unidades através das quais se dá a entrada no sistema penitenciário deve ser limitado ao mínimo. Nos estados de grande extensão territorial com disseminação importante das unidades prisionais, recomenda-se

a regionalização das unidades de ingresso de presos.

- Como parte do “Protocolo de Porta de Entrada”, a administração da unidade prisional deverá fornecer com a periodicidade e compatibilidade necessárias a relação dos ingressos, e assegurar o comparecimento de todos os ingressos para exame. Cabe ao profissional de saúde certificar-se, mediante verificação da relação fornecida pela administração da unidade prisional, de que 100% dos ingressos no período foram examinados.
- O exame deverá ser realizado no máximo até o 7º dia após a admissão do interno, que deverá ficar alojado em cela específica para ingressos, separada do efetivo da unidade, até o resultado final dos exames.
- O exame deverá consistir em avaliação clínica e radiografia do tórax em incidência postero-anterior, independentemente da existência de sintomas.
- A avaliação clínica para TB deverá constar minimamente de questionário sobre sintomas relacionados à tuberculose, antecedente de tuberculose, de imunodepressão e diabetes.
- As radiografias de tórax serão classificadas em “normal” e “anormal” pelo médico assistente que será treinado para este fim, num período máximo de 48 horas após a realização do exame e o laudo emitido por médico radiologista.
- Os ingressos que apresentarem qualquer anormalidade à radiografia de tórax, seja pulmonar, pleural ou mediastinal, deverão ser isolados e submetidos a baciloscopy de escarro (coleta de duas amostras de escarro em dias consecutivos) e cultura para BK, quando necessário, como método diagnóstico.
- A coleta, acondicionamento e transporte de material biológico deverão seguir as recomendações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT).
- Os espécimes clínicos serão encaminhados ao laboratório definido na pactuação entre as secretarias de Justiça ou Administração Penitenciária e as secretarias de Saúde do estado ou município no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.
- Todos os dados clínicos, inclusive o resultado da radiografia de tórax deverão ser anotados no prontuário móvel de saúde do interno que o acompanhará durante todo o seu período de encarceramento.
- Aos ingressos identificados como portadores de tuberculose em atividade deverá ser fornecido, por ocasião do diagnóstico, documento em que conste o diagnóstico, os resultados da baciloscopy de escarro e do RX tórax, assim como, o tratamento preconizado e a data do início e a prevista para o seu término. Este documento servirá de encaminhamento ao serviço de saúde em caso de transferência ou de livramento antes do término do tratamento.
- O teste sorológico para HIV deverá ser oferecido a todos os casos identificados de tuberculose. Os casos com sorologia positiva se beneficiarão de tratamento anti-retroviral segundo as recomendações nacionais do PN DST/Aids.
- A fim de assegurar o segredo profissional conforme as normas éticas vigentes, o prontuário móvel de saúde, que deve sempre acompanhar o interno, deve



ser acondicionado em envelope lacrado por ocasião de transferências ou deslocamentos.

- Os casos de tuberculose identificados deverão permanecer em celas específicas (LEP, Anexo 1), isolados do restante do efetivo durante os primeiros 20 dias de tratamento.
- O tratamento deverá seguir as recomendações contidas no Manual Técnico para o Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde que prevê a tomada diária da medicação supervisionada por profissional de saúde durante todo o tratamento, consulta médica ou de enfermagem e bacilosкопia de escarro mensal.
- Os casos de recidiva após abandono tratamento e os casos suspeitos de resistência aos quimioterápicos deverão ser mantidos em celas especiais pelo risco de disseminação de formas resistentes

Registro da informação e vigilância epidemiológica

- Todos os ingressos examinados deverão ter seu nome, RG, nome da mãe, unidade prisional de origem (se pertinente), data do atendimento e conclusão do exame registrados em livro tipo brochura, exclusivo para este fim.
- O resultado dos exames e a conclusão da avaliação deverá ser anotada no prontuário móvel de saúde do interno.
- O acesso às informações de saúde constantes no livro de registro ou no prontuário médico deverá ser restrito aos profissionais de saúde, conforme legislação ética vigente.
- Todos os casos de tuberculose e/ou HIV identificados deverão ser notificados ao Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) em formulário próprio.



4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Layton MC, Henning KJ, Alexander TA, et al. Universal radiographic screening for tuberculosis among inmates upon admission to jail. *Am J Public Health* 1997; 87:1335-7.
2. Jones T F, Schaffner W. Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails: a cost-effectiveness analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164:77-81.
3. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10:1215-23.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities. Recommendations from CDC. *MMWR Recommendations and Reports*. 2006; 55(RR-09); 1-44.
5. Kolker T (org.) Saúde e direitos humanos nas prisões. Superintendência de Saúde da Secretaria de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.
6. World Health Organization. Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. Geneva: WHO, 2000.
7. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica nº 6 Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 148. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde, 2003.
9. MacIntyre CR, Kending N, Kummer L et al. Impact of tuberculosis control measures and crowding on the incidence of tuberculosis infection in Maryland prisons. *Clin Infect Dis* 1997;24:1060-7.
10. Beggs CB, Noakes CJ, Sleigh PA et al. The transmission of tuberculosis in confined spaces: an analytical review of alternative epidemiological models. *Int J Tub Lung Dis* 2003;7:1015-26.
11. Coninx R, Maher D, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *Br Med J* 2000; 320:440-2.
12. Sanchez A, Diuana V, Camacho L, Larouzé B. A tuberculose nas prisões, uma fatalidade ?/Tuberculosis in prisons, an avoidable calamity ?*Cadernos de Saúde Pública* 2006;22:2510. (editorial).
13. Stansell JD, Murray JF. Pulmonary complications of human immuno-deficiency virus (HIV) infection. in Murray JF and Nadel JA eds, *Textbook of Respiratory Medicine*, 2nd ed, WB Saunders, Philadelphia, 1994, pp 2333-67.
14. Braun MM, Truman BI, Maguire B et al. Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmates population. Association with HIV infection. *JAMA* 1989;261: 393-397.
15. Sanchez A, Espinola AB, Pires J et al. High prevalence of pulmonary tuberculosis at entry into Rio de Janeiro state prisons (Brazil) 37th Union World Conference on Lung Health, Paris, October 18-21 2006
16. Niero R. Tuberculose pulmonar em uma prisão. Estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado]



Faculdade de Saúde Pública-USP].

17. Rozman MA. Aids e tuberculose na Casa de Detenção de São Paulo. São Paulo. Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina da USP, 1993.
18. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculosis among city jail inmates in Campinas, São Paulo, Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2004; 3: 194-199.
19. Relatório Técnico Anual do Programa de Controle da Tuberculose. Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. 2005.
20. Relatório Técnico Anual do Programa de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2005
21. Sanchez A, Massari V, Gerhardt G, Barreto A, Cesconi V, Espinola AB, Biondi E, Larouzé B, Camacho LA. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro: Uma urgência de Saúde publica. Cadernos de Saúde Pública (no prelo).
22. Sanchez A, Gerhardt G, Natal S, Capone D, Espinola AB, Costa W, Pires J, Barreto A, Biondi E, Larouzé B. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. Int J Tuberc Lung Dis 2005;9:633-639
23. Fournet N, Sanchez A, Massari V, Penna L, Natal S, Biondi E, Larouzé B Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. Public Health 2006;120:976-983
24. den Boom S, White NW, van Lill WP et al. An evaluation of symptom and chest radiographic screening in tuberculosis prevalence surveys. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10:876-82.
25. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV, 2004.



ANEXO I

ASPECTOS LEGAIS

Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos

Organização das Nações Unidas, Genebra 1955

Regra 24

“O médico deve examinar cada recluso o mais depressa possível após sua admissão no estabelecimento penitenciário e em seguida, sempre que necessário, com o objetivo de detectar doenças físicas ou mentais, tomar todas as medidas necessárias para o seu tratamento; separar os reclusos suspeitos de serem portadores de doenças infecciosas ou contagiosas; detectar as doenças físicas ou mentais que possam constituir obstáculos à reinserção dos reclusos, e de determinar a capacidade física de trabalho de cada recluso”.



Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos

Princípio 9 - “Os reclusos devem ter acesso aos serviços de saúde existentes no país, sem discriminação nenhuma decorrente do seu estatuto jurídico”

Conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão (Resolução da Assembléia Geral 43/173, de 09 de dezembro de 1988, Organização das Nações Unidas)

Princípio 24 - “A pessoa detida ou presa deve beneficiar-se de um exame médico adequado, em prazo tão breve quanto possível após seu ingresso no local de detenção ou prisão; posteriormente deve se beneficiar de cuidados e tratamentos médicos sempre que tal se mostre necessário. Estes cuidados e tratamentos são gratuitos”.

Princípio 29 - “O fato da pessoa detida ou presa ser submetida a um exame médico, o nome do médico e o resultado do referido exame devem ser devidamente registrados. O acesso a estes registros deve ser garantido, sendo-o nos termos das normas pertinentes do direito interno”.

Constituição Federal de 1988

Título 2: Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Capítulo 1 - Dos Direitos e Deveres individuais e Coletivos

Art 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade

XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;”

Lei de Execução Penal - Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984.

Capítulo II: Da Assistência

Seção III - Da Assistência à Saúde

Art. 14. “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

§2 “Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento”.

Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil

(Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994, publicada no Diário Oficial da União de 2 de dezembro de 1994)

Capítulo VII: Dos Serviços de Assistência Sanitária

Art. 15. “A assistência à saúde do preso é de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico”.

Art. 16. “Para a assistência à saúde, nos estabelecimentos penais deverão ser dotados de:

I- enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado e produtos farmacêutico indispensáveis para intervenção médica ou odontológica de urgência

II - dependência para observação psiquiátrica e cuidados com toxicômanos

III - unidade de isolamento para doenças infecto-contagiosas”.

Art. 18. “O médico, obrigatoriamente, examinará o preso quando do seu ingresso no estabelecimento e posteriormente, se necessário, para:

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, tomando para isto, as medidas necessárias;

II - assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doenças infecto-contagiosas;

III - determinar a capacidade de cada preso para o trabalho;

IV - assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para a reinserção social”.



Portaria interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003**Institui o Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário**

Art 1º “Aprovar o plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante no ANEXO I desta portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.”



§1º As ações e serviços decorrentes deste Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.



§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

V. “a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/aids e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;”



ANEXO II

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (NOAS/MS)

a) Controle da tuberculose

- busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com bacilosscopia o sintomático respiratório; notificar os casos novos descobertos as ficha de notificação do SINAN);
- tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia para HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro de caos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar bacilosscopia de controle para os casos inicialmente positivos);
- proteção dos saudáveis (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).



Resolução CNPCP nº 02, de 8 de maio de 2008

Regulamenta o uso de algemas e outros instrumentos coercitivos em escoltas



O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a saúde como direito fundamental, a ser exercido plenamente, visto que não atingido nem pela Lei nem pela sentença imposta;

CONSIDERANDO as diretrizes da Portaria Interministerial ??? nº 1.777, de 09/09/03, versantes sobre o acesso das pessoas presas a ações e serviços de atenção à saúde;

CONSIDERANDO a relevância da segurança das pessoas presas em unidades hospitalares, bem como da proteção da dignidade e da integridade física de todos os que exercem atividades nessas instituições;

CONSIDERANDO a necessidade de fixar Diretrizes Básicas para a Condução de Presos durante o Atendimento à Saúde e Condições Mínimas de Segurança para sua Realização, resolve:

Art. 1º Recomendar, em caráter excepcional e devidamente justificado, o uso de instrumentos coercitivos tais como algemas, na condução do preso e em sua permanência em unidades hospitalares, quando:

- a) não atente contra a dignidade ou a incolumidade física do custodiado;
- b) seja necessário à sua segurança individual e à segurança pública;
- c) se torne imprescindível para evitar uma fuga ou frustrar uma resistência.

Art. 2º Recomendar que o ambiente de atendimento de saúde esteja apto a garantir a integridade física dos agentes que trabalham nessas instituições, assim como a dos presos.

Art. 3º Recomendar que os recursos humanos envolvidos no atendimento de saúde aos presos, agentes de saúde, de segurança, custódia ou disciplina, devem receber treinamento que inclua orientação para atuarem em situações de vulnerabilidade da segurança.

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

SERGIO SALOMÃO SHECAIRA

ANVISA

Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. ANVISA (Departamento de Normas Técnicas)



Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.



A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 20 de fevereiro de 2002, e



Considerando o princípio da descentralização político-administrativa previsto na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19/09/1990;

Considerando o artigo 3º, alínea C, artigo 6º, inciso VI e artigo 10º previstos na Portaria GM/MS nº 1.565, de 26 de agosto de 1994;

Considerando a necessidade de atualizar as normas existentes na área de infra-estrutura física em saúde;

Considerando a necessidade de dotar o País de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população;

Considerando a necessidade das secretarias estaduais e municipais contarem com um instrumento para elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, adequado às novas tecnologias na área da saúde;

Considerando os dispostos nas Portarias/SAS/MS nº 230, de 1996 e 104, de 1997;

Considerando a consulta pública publicada na Portaria SVS/MS nº 674 de 1997;

Considerando a Portaria GM/MS nº 554 de 19 de março de 2002 que revogou a Portaria MS/GM nº 1884, de 11 de novembro de 1994 do Ministério da Saúde;

Adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo:

- a) as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde de todo o país;
- b) as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes e os anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

Art. 2º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico.

Art. 3º As secretariais estaduais e municipais de saúde são responsáveis pela aplicação e execução de ações visando o cumprimento deste Regulamento Técnico, podendo estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º A Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, procederá a revisão deste Regulamento Técnico após cinco anos de sua vigência, com o objetivo de atualizá-lo ao desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Art. 5º A inobservância das normas aprovadas por este Regulamento constitui infração à legislação sanitária federal, conforme dispõe o artigo 10, incisos II e III, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 6º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entrará em vigor na data de sua publicação.

Gonzalo Vecina Neto

Dada a extensão do documento, de mais de 100 páginas, remetemos o leitor ao link:

http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf



PORTARIAS

PNSSP

Portaria MS/GM nº 485, de 29 de março de 1995.

Constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.¹



O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições. Considerando a complexidade dos aspectos técnicos, científicos, médicos, jurídicos e sociais de que se reveste a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), principalmente no tocante a prevenção da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), resolve:

Nº 485 – Art. 1º Constituir 03 (três) Comitês de Assessoramento para as respectivas áreas de Prostituição, Homossexualidade e Sistema Penitenciário.

1º São competências dos Comitês de Assessoramento:

I - Participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção de DST/aids em suas áreas de atuação;

II - Identificar necessidades e auxiliar na produção de documentos técnicos e científicos.

III – Assessorar a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids/Sas/MS no monitoramento das atividades dos subprojetos nas respectivas áreas e participar do redirecionamento de estratégias;

IV – Desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do Governo e da Sociedade Civil na luta contra DST e aids.

Art. 2º Integram os respectivos Comitês de Assessoramento os seguintes membros, sob a coordenação do Programa Nacional de DST/Aids

I – Comitê de Assessoramento na área de Prostituição:

Christopher Robert Peterson

Instituto de Estudos da Religião (ISER) /RJ

Otilia Silva Leite

¹Ementa elaborada pela Coordenação-Gerla de Documentação e Informação do Ministério da Saúde

DAVIDA – Prostituição, Direitos Civis e Saúde/RJ

José Almir Santana

Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids/SE

Roberto Chatesubriand Domingues

Grupo de Apoio e Prevenção à Aids/MG

Suzana Helena Soares da Silva Lopes

Grupo de Apoio e Prevenção à Aids/RS

Xavier Alterescu

INTER – AIDE/ESSOR/PA

II – Comitê de Assessoramento na área de Homossexualidade:

Antônio José da Silva

PRAids – Associação Evangélica de Apoio às Pessoas com Aids e Seus Familiares/SP

Antônio Luiz Martins dos Reis

DIGNIDADE – Grupo de Conscientização e Emancipação Homossexual/PR

Elcio Paulo Teixeira

Grupo Gay da Bahia/BA

Paulo Afrânio Sant' Anna

Grupo Pela Vidda/SP

Raimundo Pereira da Silva

ATOBA – Movimento de Emancipação Homossexual/RJ

Renato Quemel

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) /RJ

III – Comitê de Assessoramento na área de Sistema Penitenciário:

Áurea Celeste da Silva Abbade

Grupo de Apoio e Prevenção à Aids/SP

Eugênia Maria Martinho Midlej

(DESIPE) Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário

Secretaria de Justiça/RJ

José Gustavo Breda

Departamento de Saúde do Sistema Penitenciário

Secretaria de Administração Penitenciária/SP

José Leão Saffer

Coordenação de Saúde – SUSEP/UAES

Secretaria de Justiça/RS

Maria José Maciel Nascimento

Departamento de Assuntos Penitenciários (DEPEN)

Ministério da Justiça/DF

Sylvio de Oliveira

NOSS – Núcleo de Orientação em saúde Social/RJ



Art. 3º Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas.

Art. 4º Os membros de cada Comitê de Assessoramento terão mandato de 02 (dois) anos.

Art. 5º As funções de membro dos Comitês de Assessoramento não serão remuneradas, sendo seu exercício considerando como relevante serviço à prevenção da saúde da população.

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

ADIB JATENE

Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035, de 8 de novembro de 2001.

Institui Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades em anexo.

Os Ministros de Estado Interinos da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando as condições desfavoráveis de habitabilidade e salubridade da maioria das unidades prisionais do País, bem como as elevadas taxas de prevalência de infecção pelo HIV, aids, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional, resolvem:

Art. 1º Instituir Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades:

I. do Ministério da Saúde

- a) Secretário de Políticas de Saúde
- b) Secretário de Assistência à Saúde
- c) Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

II. do Ministério da Justiça

- a) Secretário Nacional de Justiça
- b) Secretário Nacional de Direitos Humanos

Art. 2º A Comissão Interministerial será coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 3º Determinar que, para o cumprimento de sua atribuição, a Comissão seja apoiada por grupo técnico composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e instituições:

I. do Ministério da Saúde

- a) Secretaria de Assistência à Saúde
- b) Departamento de Atenção Básica/SPS
- c) Programa Nacional de DST/Aids
- d) Gerência Técnica de Hepatites da Fundação Nacional de Saúde
- e) Agência Nacional de Vigilância Sanitária



II. do Ministério da Justiça

a) Departamento Penitenciário Nacional

b) Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

III. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde**IV. Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça**

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

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde Interino

JOHANESS ECK

Ministro de Estado da Justiça Interino



Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

O Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

- A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;
- A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarréias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- A necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;
- A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;
- A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas, e
- As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, RESOLVEM:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:



- I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7) e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;
- II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;
- III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;
- IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;
- V. a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/Aids e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;
- VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 2º Estabelecer que as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o Plano Operativo Estadual, na forma do ANEXO II desta Portaria, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e a Comissão Intergestores Bipartite definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços.

§ 1º A gestão e gerência das ações e serviços de saúde do Plano ora aprovado serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores Estaduais de Saúde e Justiça e gestores Municipais de Saúde.

§ 2º Quando as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º O processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde constante no Plano Operativo Estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

§ 4º Para o desenvolvimento do respectivo Plano, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º Determinar que o financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso.

§ 1º Em unidades prisionais com o número acima de 100 pessoas presas, serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo correspondente a R\$ 40.008,00 /ano por equipe de saúde implantada.



§ 2º Em unidades prisionais com o número de até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional.



§ 3º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.



§ 4º Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN)/ Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados e/ou aos municípios.

§ 5º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada Unidade Federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

§ 6º A não alimentação dos Sistemas de Informações, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

Art. 6º Estabelecer que o Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Art. 7º Definir que as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade (conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado).

Parágrafo Único - As Secretarias Municipais de Saúde participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Art. 8º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de

consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por até 500 presos.

§ 2º Nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de 4 horas semanais.

§ 3º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria.

§ 4º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 9º Definir que, nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar com agentes promotores de saúde deverá ser pactuada entre a direção do estabelecimento prisional e a(s) equipe(s) de saúde.

§ 2º Os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão da equipe de saúde.

§ 3º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 10. Determinar que o acompanhamento das ações voltadas à atenção integral das pessoas presas será realizado, em âmbito nacional, por Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça, a saber:

I. do Ministério da Saúde

- Secretaria de Atenção à Saúde
- Secretaria Executiva
- Fundação Nacional de Saúde
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

II. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS

III. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS

IV. do Ministério da Justiça

- Secretaria Nacional de Justiça
- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

V. Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça

§ 1º Caberá a essa Comissão apoiar os Ministérios da Saúde e da Justiça no

cumprimento de suas responsabilidades.

§ 2º Os instrumentos essenciais de trabalho dessa Comissão serão: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e os Planos Operativos Estaduais.

§ 3º A Comissão Nacional reunir-se-á periodicamente, em intervalos compatíveis ao acompanhamento sobretudo da operacionalização dos Planos Operativos, avaliando a tendência do cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor aos Ministérios da Saúde e da Justiça, às Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e Secretarias Municipais de Saúde as modificações que eventualmente se fazem necessárias.



Art. 11. Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO III desta Portaria.

Art. 12. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

MÁRCIO THOMAZ BASTOS

Ministro de Estado da Justiça

ANEXO I da PT Interministerial nº _____, de ____ de ____ de 2003**Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário****1. Propósito**

Contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes à saúde da população penitenciária brasileira.

2. População alvo

100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

3. Linhas de ação

3.1. Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional. A unidade ou serviço executor das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7).

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (NOAS/MS).

a) Controle de tuberculose

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan);
- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos);
- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

b) Controle de hipertensão e diabetes

- Ações de promoção e assistência à saúde visando o acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis de vida (cessação do hábito de fumar, diminuição do estresse, combate ao sedentarismo e ao alcoholismo).

c) Dermatologia sanitária - hanseníase

- Busca ativa de casos (identificação de sintomático dermatológico);
- Diagnóstico clínico (exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase ou outras dermatoses de interesse sanitário; coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; encaminhamento, para centro de referência, de casos que necessitem esclarecimento diagnóstico);

- Cadastramento dos portadores (notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase);
- Tratamento Supervisionado dos casos de hanseníase (consulta mensal para a dose supervisionada, avaliação dermatoneurológica, dispensação de medicação, curativos, atendimento de intercorrências, aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas encaminhamento do paciente sempre que for necessário para atendimento de maior complexidade);
- Tratamento de outras dermatoses (dispensação de medicação ou realização de outros procedimentos adequado ao caso, realização de medidas preventivas);
- Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase (notificação do caso e informação ao município de residência para realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo Pacs/PSF, rotina de busca de sintomáticos dermatológicos no presídio).



d) Saúde Bucal

- Orientação sobre higiene bucal e auto-exame da boca;
- Consulta odontológica – 1º consulta;
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);
- Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemi-arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente;
- Restauração em dentes permanentes;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

e) Saúde da Mulher

- Realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

3.1.2. Ações de média complexidade conforme anexo III - Grupo 7 da NOAS/MS:

- terapias em grupo executadas por profissional de nível superior;
- terapias individuais executadas por profissional de nível superior.

3.1.3 Ações complementares

a) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/aids:

- ações de coleta para o diagnóstico do HIV;
- distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores;
- ações de redução de danos nas unidades prisionais;
- elaboração de material educativo e instrucional;
- fornecimento de medicamentos específicos para a Aids e outras DST;
- ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem sindrômica;
- ações de vigilância de aids, HIV e DST;
- alimentação do Siclom e Siscel (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais).

b) Atenção em saúde mental:

- ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;
- atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

c) 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:

- aconselhamento em HIV/DST/aids e hepatites;
- diagnóstico de hipertensão arterial;
- diagnóstico de diabetes;
- identificação de sintomáticos dermatológicos;
- identificação de sintomáticos respiratórios;
- avaliação e orientação para o planejamento familiar;
- imunização contra hepatite B.

d) Agentes Promotores de Saúde:

Até 5% das pessoas presas atuarão como agentes promotores de saúde. Os presos Agentes promotores de saúde terão as seguintes atribuições:

- promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência;
- identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;
- acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, Aids e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão,



abandono e as inadequações.

3.2. Referências para média e alta complexidade

As referências para a assistência de média e alta complexidade deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI), mediante pontuação na Comissão Intergestores Bipartite.

3.3. Programa de imunizações

As coordenações estaduais e municipais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento no Sistema Penitenciário.



3.4. Aquisição de medicamentos

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename – deverá ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas pelo sistema penitenciário estadual.



A programação para a aquisição de medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- Padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo MS);
- Cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/Aids, hipertensão, diabetes, entre outros).



Para a aquisição dos medicamentos, poderá ser articulada parceria com os laboratórios oficiais em relação àqueles produtos fabricados por estes laboratórios; para os demais itens, por meio de processo licitatório.

Para as atividades relativas à assistência farmacêutica, cada estado contará com um profissional farmacêutico responsável.

4. Resultados esperados e metas

Resultado 1. Implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo referido no item 3.1, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

Metas

Saúde bucal:

- 100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do auto-exame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal.

Saúde da mulher:

- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/aids;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à

- anticoncepção;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;
- implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;
- implantar a assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;
- implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre prénatal, parto, puerpério, anticoncepção, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, e doenças sexualmente transmissíveis;
- garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvicouterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;
- garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias, para o atendimento de intercorrências e parto.

DST/HIV/aids e hepatites.

- 100% das pessoas presas na “porta de entrada” aconselhadas em DST/HIV/hepatites;
- oferta de exame a 100% da população na “porta de entrada”;
- diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas;
- tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados;
- tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados segundo a abordagem sindrômica;
- distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e 60% dos servidores prisionais;
- oferta de kit de redução de danos segundo a demanda.

Saúde mental:

- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.

Tuberculose:

- implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100 % das unidades penitenciárias;
- diagnóstico de 100 % dos casos existentes;
- cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

Hipertensão e diabetes:

- cadastramento de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, garantindo acompanhamento clínico e tratamento para 100% dos casos.

Hanseníase:

- implantação de ações de controle de hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário em 100% das unidades prisionais;
- diagnóstico de 100 % dos casos existentes;
- tratamento de 100 % dos casos de hanseníase e outras dermatoses;
- cura de 100 % dos casos em tratamento.



Aquisição e controle de medicamentos:

- garantia e disponibilidade de 100% do elenco definido por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna.



Imunizações:

- garantir a oferta de imunizantes a 100% dos funcionários e voluntários que prestam serviços no sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;
- garantir a oferta de imunizantes a 100% dos detentos do sistema penitenciário brasileiro, com todos os produtos recomendados pelo MS para uso em cada situação epidemiológica específica;
- vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;
- vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais;



Exames laboratoriais:

- garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Metas:

- 100% das unidades prisionais.

Resultado 3. Implantação de ações de promoção da saúde que garantam alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais.

Metas:

- 100% das unidades prisionais com o cardápio definido;
- 100% das unidades prisionais em condições salubres, particularmente no que diz respeito a banheiros, cozinha e espaço de lazer.

Resultado 4. Organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Metas:

- cadastramento de 100% da população prisional;
- geração de 80% de cartões SUS definitivos;
- utilização do número do cartão de saúde para 100% dos prontuários;
- cadastramento de 100% da população prisional no Siclom.

Resultado 5. Organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde.

Metas:

- 100% das equipes resolutivas dentro do nível de complexidade proposta;
- 100% dos agentes promotores de saúde sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- 100% de servidores prisionais sensibilizados para ações de promoção de saúde;
- ampliação dos conteúdos de saúde nos cursos mantidos pelas instâncias formadoras do Sistema Penitenciário.

Resultado 6. Garantia da composição de equipe mínima de profissionais para o atendimento de até 500 pessoas presas.

Metas:

- 100% das unidades prisionais cobertas;
- incentivo, em 100% das unidades prisionais, de parcerias com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

Resultado 7. Estabelecimento de fluxo de referência/contra-referência para média e alta complexidade (conforme PPI Estadual).

Metas:

- fluxo estabelecido em 100% dos municípios com unidades prisionais;
- pactuações definidas para a testagem do HIV, tuberculose e hepatites.

5. Sistema de informação

5.1. CNES e SIA/SUS

- os serviços de saúde existentes nos presídios, penitenciarias, colônias agrícolas ou manicômios judiciários serão cadastrados no CNES.
- as equipes de atenção à saúde nestes estabelecimentos serão compostas de: médico, enfermeira, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e ACD –Auxiliar de consultório dentário.
- para identificar estes estabelecimentos será criado no CNES e no SIA, o Serviço: Atenção à Saúde no Sistema Prisional com duas classificações: A- Em Presídio, B – Em Manicômio.

- os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas, podendo os profissionais designados estarem atendendo na rede, com pelo menos um atendimento semanal no presídio. Neste caso, o tipo do estabelecimento será Posto de Saúde, nível hierárquico 1, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação.
- os estabelecimentos com mais de 100 presos terão equipes permanentes com 20 horas semanais, serão classificados com o tipo Centro de Saúde, nível hierárquico de 1 a 3, de acordo com sua complexidade, oferecendo o serviço acima citado com a respectiva classificação.
- para cadastrar o serviço de Atenção à Saúde no sistema Penitenciário será obrigatório ter cadastrado nas fl. 08 do CNES todos os profissionais exigidos para compor a equipe mínima citado anteriormente.
- os estabelecimentos terão códigos do CNES e apresentarão BPA com a produção dos serviços realizados no sistema penitenciário, seguindo o mesmo cronograma dos demais prestadores do SIA.

As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário deverão ser credenciadas junto ao SUS.

5.2. Cartão SUS

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.

Na ficha de cadastro individual de usuários, é obrigatório o preenchimento do campo “ocupação”, seguido da codificação segundo o CBO-R. No caso das pessoas presas, todas devem ser cadastradas como dependentes econômicos, código XX3.

A apresentação de um dos documentos a seguir, é imprescindível para validação do cadastro e posterior emissão do cartão: certidão de nascimento, certidão de casamento, certidão de separação ou divórcio, carteira de identidade.

No caso dos usuários que não apresentarem nenhum documento que possa validar o cadastro, será gerado um número provisório pelo próprio Sistema CadSUS, a partir do número do prontuário penitenciário, e poderá ser feito por meio do preenchimento do campo “Uso municipal”, já existe no formulário.

O fluxo proposto para os municípios, de modo geral, inicia-se no preenchimento manual da ficha, digitação por técnico capacitado no programa CadSUS e encaminhamento para o Datasus. Para o Sistema Prisional, as fichas em papel devem ser preenchidas pelos responsáveis em cada unidade prisional, repassadas ao município para processamento, que se responsabilizará pelo encaminhamento ao Datasus.

5.3. SIAB

O monitoramento e avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais, deverá ser realizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, ou transitoriamente pelo SIA/SUS.

5.4. A não alimentação dos Sistemas de Informação, por um período de 02 (dois) meses consecutivos, ou 03 (três) meses alternados, durante o ano, implicará na suspensão da



transferência do Incentivo para a Atenção da Saúde no Sistema Penitenciário.

5.5. Prontuário

O registro das condições clínicas e de saúde dos presos deverá ser anotado e acompanhado por prontuário, o qual deverá acompanhar o preso em suas transferências, e sob a responsabilidade dos serviços de saúde das unidades prisionais. O modelo de prontuário a ser adotado será de responsabilidade estadual.

5.6. Sistema Informatizado de Medicamentos de Aids (Sicлом/Siscel) deverá ser pactuado, entre os serviços de saúde das unidades prisionais e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, o fluxo de informações sobre os medicamentos de Aids e o cadastro do paciente. Nos municípios onde esse sistema ainda não foi implantado, o cadastramento deverá ser feito pela unidade de saúde prisional.

6. Recursos humanos

6.1. Composição de equipe mínima

- a) Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas.
- b) Nos presídios em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.
- c) O piso salarial para os profissionais deverá respeitar a política de RH estabelecida em cada unidade federada.

6.2. Plano de capacitação

- a) Estabelecimento de programas de capacitação dos profissionais de saúde, dos servidores prisionais e dos agentes promotores de saúde.
- b) Garantia da participação da sociedade civil, estabelecendo parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

7. Estrutura física e equipamentos

A estrutura física e os equipamentos mínimos dos ambulatórios para atendimento deverão observar o disposto nos Anexos A e B deste Plano.

8. Operacionalização

8.1. Financiamento

As ações de saúde, a serem desenvolvidas no âmbito do sistema penitenciário, terão financiamento de forma compartilhada entre os setores da saúde e da justiça. Para a execução das ações, serão utilizados os recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, de que trata o Art. 5º desta Portaria Interministerial. As ações de média e alta complexidade, bem como os medicamentos de alto custo deverão ser objeto de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, devendo estar incluídos na Programação Pactuada Integrada (PPI).

8.2. Gestão e gerência

A Gestão e Gerência do Plano serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, através da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores Estaduais de Saúde e Justiça e gestores municipais de saúde.

8.3. Do controle social

Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão acompanhar as atividades desenvolvidas, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos no Plano Estadual Operativo.

8.4. Competências

Ministério da Saúde

- Gestão deste Plano em âmbito federal;
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- Prestar assessoria técnica aos estados no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as 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;
- Padronização das normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades prisionais;
- Organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça;
- Participar e apoiar tecnicamente o 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 Secretaria no treinamento e capacitação dos profissionais das equipes de saúde;
- Apoiar a Secretaria na definição dos serviços e na organização da referência e contrareferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade.



Ministério da Justiça

- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária;
- Repasse de informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, número de pessoas presas e classificação dos estabelecimentos penitenciários;
- Financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos;
- Participação na organização e implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados.

Secretarias Estaduais de Saúde

- Elaboração do Plano Operativo Estadual;

- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- Organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
- Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais;
- Prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as 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;
- Padronização das normas de funcionamento dos ambulatórios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.

Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondente

- Participação na elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- Adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos;
- Execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gerência;
- Contratação e/ou complementação salarial das equipes de saúde atuantes no Sistema Penitenciário.

Secretarias Municipais de Saúde

- Participação na elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano;
- Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária;
- Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- Participar da 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;
- Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

9. Critérios para habilitação de estados e municípios ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

- Formalização e envio do Termo de Adesão ao Ministério da Saúde;

- Apresentação do Plano Operativo Estadual ao Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite;
- Envio pelas Secretarias de Estado de Saúde do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde;
- Credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Aprovação dos Planos Operativos Estaduais pelo Ministério da Saúde, como condição para que os estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

Publicação em Diário Oficial da União de Portaria de Habilitação.



Anexo A do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas****AMBIENTE ÁREA MÍNIMA OBSERVAÇÕES**

Consultório médico/psicólogo

7,5 m² Lavatório

Consultório odontologia 9,0 m² Bancada de apoio com pia de lavagem

Sala de coleta de material para laboratório

3,6 m² Bancada de apoio com pia de lavagem

Exaustor dotado de filtro e peça de descarga para proteção contra chuva. (Pode ser estudada grade de segurança.)

A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido.

Sala de curativos/suturas / vacinas e Posto de enfermagem

12,0 m² Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação

1 maca de procedimentos

1 mesa (para relatórios)

1 hamper de lixo

1 hamper de roupa suja

Cela de observação 9,0 m² Lavatório.

2 celas no mínimo com um leito cada com visão do posto de enfermagem

Sanitário para pacientes 1,6 m² Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m

Farmácia 1,5 m² Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem

Central de Material

Esterilizado/simplificada

- Sala de lavagem e descontaminação

- Sala de esterilização

- Vestiário

9,0 m² - Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação

- Guichê entre as duas salas

- Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem

- Comum aos consultórios e a sala de curativos

Rouparia Armário para guarda de roupa limpa

DML 2,0 m² Depósito de material de limpeza – com tanque

Sanitários para equipe de saúde

1,6 m² (cada) 1 masculino e 1 feminino



Observações:



1. PROJETOS FÍSICOS: devem estar em conformidade com a resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002;

2. ACESSOS: o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível;

3. CORREDORES: os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desniveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

4. PORTAS: todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/ macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10m;

5. ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO: os consultórios, e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural;

6. LAVAGEM DE ROUPAS: Toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do tipo “hospitalar”, conforme previsto da Resolução ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

7. LAVATÓRIOS/PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto às torneiras de lavagem das mãos;

8. RALOS: todas as áreas “molhadas” da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

9. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2^a edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo.

Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza freqüente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de

sus peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes;

10. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

11. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos¹ nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo;

12. INSTALAÇÕES:

1 Espécies que indesejavelmente coabitam com o homem, tais como os roedores, baratas, moscas, pernilongos, pombos, formigas, pulgas e outros.

12.1- Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso);

12.2- Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

12.3- Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

12.4- Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

13. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002.

ANEXO B do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais**

Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ

Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.



2 mesas tipo escritório

6 cadeiras

1 mesa ginecológica (em presídios femininos)

1 escada c/ dois degraus

1 foco c/ haste flexível



1 esfignomanômetro adulto

1 estetoscópio



1 estetoscópio de pinar (em presídios femininos)

10 espéculos Collin pequeno (em presídios femininos)

15 especulos Collin médio (em presídios femininos)

5 especulos Collin grande (em presídios femininos)

1 fita métrica flexível inelástica (em presídios femininos)

2 braçadeiras (em presídios femininos)

1 balança antropométrica adulto

1 mesa de instrumentos

1 carrinho de curativo

1 histerômetro (em presídios femininos)

1 recipiente para esterilização de instrumentos

1 espátula HAYRE (em presídios femininos)

2 caixas térmicas para transporte de material biológico

1 auto - clave vertical cap. 12 l.

1 balde c/ pedal

1 banqueta giratória cromada

1 armário vitrine

1 lanterna clínica para exame

1 negatoscópio

1 oftalmoscópio c/ otoscópio

1 cuba retangular c/ tampa

1 suporte para soro

1 glicosímetro

1 tesoura SIMS reta

1 tesoura MAYO reta 14cm

2 portas agulha HEGAR

6 pinças HALSTEAD (mosquito)

6 pinças KELLY reta

6 pinças Pean

6 pinças KOCHER reta

6 pinças KOCHER curva

6 pinças FOERSCHE (coração)

20 pinças cheron, 25cm (em presídios femininos)

10 pinças de Pozzi ou Museaux 25cm (em presídios femininos)

2 tambores médios

6 cubas redondas

6 cubas retangulares

6 cubas rim

cubas para solução

frascos e lâminas de ponta fosca (em presídios femininos)

• Equipamentos Odontológicos:

amalgamador

aparelho fotopolimerizador

cadeira odontológica

compressor

equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)

estufa ou autoclave

mocho

refletor

unidade auxiliar

• Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos):

alveolótomo
aplicador para cimento (duplo)
bandeja de aço
brunidor
cabô para bisturi
cabô para espelho
caixa inox com tampa
condensadores (tamanhos variados)
cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)
curetas alveolares
elevadores (alavancas) para raiz adulto
escavador de dentina (tamanhos variados)
esculpidor Hollemback
espátula para cimento
espelho odontológico
fórceps adultos (vários números)
frascos Dappen de plástico e de vidro
lamparina
lima óssea
pinça Halstead (mosquito) curva e reta
pinça para algodão
placa de vidro
porta agulha pequeno
porta amálgama
porta matriz
seringa Carpule
sindesmótomo
sonda exploradora
sonda periodontal milimetrada
tesoura cirúrgica reta e curva
tesoura íris
tesoura standard



ANEXO II, da PT Interministerial nº _____, de ____ de ____ de 2003.

PLANO OPERATIVO ESTADUAL

Atenção Integral à Saúde da População Prisional

O presente Plano Operativo Estadual tem por objetivo estabelecer as metas gerais e específicas no Estado de _____ com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional.

1. Operacionalização

1.1. Gestão do Plano (descrição sucinta de como a SES pretende gerir o Plano):

1.2. Gestão e gerência das ações e serviços de saúde nas unidades prisionais (definição segundo o item 8.2. do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário):

1.3. Organização da referência e contra-referência (descrição segundo orientação contida no item 3.2. do Plano Nacional):

1.4. Forma de recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos (descrição segundo item 6 do Plano Nacional):

1.5. Parcerias governamentais e não governamentais previstas:

2. Metas gerais e específicas

2.1. em relação às ações do elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional

2.1.1. saúde bucal:

2.1.2. saúde da mulher:

2.1.3. DST/HIV/aids:

2.1.4. hepatites:

2.1.5. saúde mental:

2.1.6. tuberculose:

2.1.7. hipertensão e diabetes:

2.1.8. hanseníase:

2.1.9. aquisição e controle de medicamentos:

2.1.10. imunizações:

2.1.11. exames laboratoriais:

2.2. em relação à infra-estrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais (segundo item 7 do Plano Nacional)

2.2.1. espaço físico:

2.2.2. equipamentos:

2.3. em relação a ações de promoção de saúde



2.3.1. alimentação adequada;

2.3.2. atividades físicas;

2.3.3. condições de salubridade;

2.3.4. atividades laborais;

2.3.5. outros



2.4. em relação à organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária

2.4.1. cadastramento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

2.4.2. SIA/SUS



2.4.3. Cartão SUS



2.4.4. SIAB

2.4.5. prontuário

2.4.6. alimentação dos sistemas de base estadual e ou nacional;

2.5. em relação ao desenvolvimento de recursos humanos (segundo item 6.2. do Plano Nacional)

2.6. em relação à composição da equipe mínima de saúde das unidades prisionais (segundo resultado 6 do item 4 e item 6.1. do Plano Nacional)

2.7. em relação ao estabelecimento de fluxo de referência e contra-referência para a média e alta complexidade (segundo resultado 7 do item 4 do Plano Nacional)

3. Co-financiamento

3.1. Contrapartida da Secretaria de Estado da Saúde;

3.2. Contrapartida da Secretaria de Estado de Justiça;

3.3. Contrapartida das Secretarias Municipais de Saúde;

3.4. Contrapartida dos Ministérios da Saúde e da Justiça (Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário);

3.5. Contrapartida do Ministério da Saúde (kits de medicamentos básicos);

3.6. Contrapartida do Ministério da Justiça (adequação de espaço físico e aquisição de equipamentos).

4. Avaliação e Acompanhamento

4.1. Estratégia(s) de avaliação e acompanhamento do Plano Operativo Estadual.

5. Declaração de Incentivo

Declaro de acordo com a base de cálculo de Incentivo abaixo.

Secretário Municipal de Saúde

Secretário Estadual de Saúde

Item Base de Cálculo Recursos

Estabelecimento(s) prisional(ais) com até 100 pessoas presas

Número de equipes em estabelecimentos prisionais, acima
de 100 pessoas presas

Local:

Data:



ANEXO III

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

TERMO DE ADESÃO

A Secretaria de Saúde e a Secretaria de Justiça do Estado _____, por estarem de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial N.º ___, de ___ de ___ de 2003, formalizam o presente Termo de Adesão.



Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Estadual respectivo, apresentando-o ao Conselho Estadual de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite, e que deverá conter, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) gestão do Plano;
- b) gestão e gerência das ações e serviços de saúde das unidades prisionais;
- c) organização da referência e contra-referência;
- d) recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos;
- e) contrapartida estadual das Secretarias de Saúde e de Justiça (e, se for o caso, dos municípios);
- f) resultados esperados e metas;
- g) adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos;
- h) organização do sistema de informação;
- i) parcerias governamentais e não governamentais



São as seguintes as informações gerais acerca do Sistema Penitenciário no Estado:

a) Nº de unidades prisionais: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

b) População total prisional estimada: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

c) Recursos Humanos disponíveis:

Médico: _____

Odontólogo: _____

Assistente Social: _____

Psicólogo: _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Auxiliar de consultório dentário: _____

Servidores do sistema penitenciário: _____

Data:

Secretário de Estado da Saúde Secretário de Estado da Justiça



Portaria MS/GM nº 458, de 6 de março de 2006.

Estabelece o elenco e a untitativo de medicamentos para o atendimento das equipes de saúde do sistema Penitenciário brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) (Serviço/classificação 065), dos estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, para o período de abril/2006 a março/2007. (ementa elaborada pela Biblioteca/MS).



O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária, instituída com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando o objetivo do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, de prover atenção integral à saúde da população recolhida em unidades prisionais do País, prevendo a organização de unidades de saúde in loco e a implantação de equipes de saúde multiprofissionais para a execução de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde junto à população prisional;

Considerando o disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, de que compete ao Ministério da Saúde o repasse de medicamentos da farmácia básica às equipes de saúde das Unidades Prisionais;

Considerando que por se tratar de uma política intersetorial a gestão das ações de saúde nos estabelecimentos prisionais deverá ser pactuada entre os Gestores Estaduais da Saúde e da Justiça (ou correspondentes) e gestores municipais de Saúde;

Considerando tratar-se de uma população custodiada pelo Estado, sendo necessário a manutenção da compra centralizada dos medicamentos de Atenção Básica a fim de atender à demanda singular das equipes de saúde atuantes nos estabelecimentos prisionais;

Considerando a publicação de portarias de qualificação dos estados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando o número de equipes de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no Serviço/Classificação 065 – Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e

Considerando que em estabelecimentos prisionais com mais de 100 presos será implantada uma equipe de saúde para cada 500 presos,

R E S O L V E:

- Art. 1º Estabelecer o elenco e quantitativo de medicamentos para o atendimento das equipes de saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Serviço/Classificação 065), dos estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, para o período de abril/2006 a março/2007, conforme descrito nos Anexos I e II a esta Portaria.
- Art. 2º Determinar que a Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE/MS), por meio da Coordenação-Geral de Recursos Logísticos, adote os procedimentos necessários para aquisição dos medicamentos de que trata esta Portaria.
- Art. 3º Estabelecer que por se tratar de uma política intersetorial, a lógica de distribuição dos medicamentos deverá ser definida no âmbito de cada estado, conforme pactuação dos gestores estaduais da saúde e da justiça (ou correspondentes) e gestores municipais da Saúde.
- Art. 4º Definir que os repasses serão trimestrais e no quantitativo proporcional ao número de equipes de saúde cadastradas no CNES (Serviço/Classificação 065) dos Estados qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, conforme previsão listada no Anexo III a esta Portaria;
- Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE



ANEXO I. LISTA DE MEDICAMENTOS PARA UNIDADES PRISIONAIS FEMININAS

Item	Medicamento	Apresentação	Indicação	Quantidade por equipe
01	Amoxicilina 500mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
02	Benzoato de Benzila 250mg/ml	Frasco	Antiparasitário	50
03	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI	Frasco ampola + diluente	Antibiótico	50
04	Benzilpenicilina Procaina 400.00UI	Frasco ampola + diluente	Antibiótico	100
05	Dexametasona (Acetato) 0,1%	Bisnaga com 10g	Antiinflamatório esteroidal	100
06	Eritromicina 250mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
07	Diclofenaco Potássico 50mg	Cápsula/comprimido	Antiinflamatório	1.000
08	Mebendazol 100mg	Cápsula/comprimido	Antiparasitário	450
09	Metronidazol 250mg	Cápsula/comprimido	Antiparasitário	1.000
10	Metronidazol Geléia Vaginal 50mg/5g	Bisnaga com 50g	Antiparasitário	50
11	Omicina+Bacitracina 5mg+250UI/g	Bisnaga com 10g	Antibiótico	75
12	Paracetamol 500mg	Cápsula/comprimido	Antitérmico/analgésico	1.000
13	Ranitidina 150mg	Cápsula/comprimido	Anti ulceroso	1.000
14	Salbutamol 2mg	Cápsula/comprimido	Broncodilatador	1.500
15	Sulfa+Trim. 400mg+80mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
16	Sulfato Ferroso 40mg/Fe	Cápsula/comprimido	Anemia Ferropriva	1.000
17	Captopril 25mg	Cápsula/comprimido	Anti-hipertensivo	1.000
18	Hidroclorotiazida 25mg	Cápsula/comprimido	Diurético	1.800
19	Propanolol (cloridrato) 40mg	Cápsula/comprimido	Anti-hipertensivo	1.000
20	Glibenclamida 5mg	Cápsula/comprimido	Hipoglicemiante oral	750
21	Metformina 850mg	Cápsula/comprimido	Hipoglicemiante oral	500
22	Etnilestradiol 3,03mg + Levonogestrel 0,15g	Cápsula/comprimido	Anticoncepcional	210 cartelas
23	Norestisterona 0,35mg	Cápsula/comprimido	Anticoncepcional	04 cartelas
24	Levonorgestrel 0,75mg	Cápsula/comprimido	Anticoncepcional de emergência	04 cartelas
25	Enantato de noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg	Ampola	Anticoncepcional hormonal mensal	15 ampolas
26	Alfametildopa 250mg	Cápsula/comprimido	Anti-hipertensivo	1.000
27	Nistatina Creme Vaginal	Bisnaga	Antifúngico	50
28	Preservativo Masculino 52mm	-	-	6.000



ANEXO II. Lista de medicamentos para unidades prisionais masculinas

Item	Medicamento	Apresentação	Indicação	Quantidade por equipe
01	Amoxicilina 500mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
02	Benzoato de Benzila 250mg/ml	Frasco	Antiparasitário	50
03	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI	Frasco ampola + diluente	Antibiótico	50
04	Benzilpenicilina Procaina 400.00UI	Frasco ampola + diluente	Antibiótico	100
05	Dexametasona (Acetato) 0,1%	Bisnaga com 10g	Antiinflamatório esteroidal	100
06	Eritromicina 250mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
07	Diclofenaco Potássico 50mg	Cápsula/comprimido	Antiinflamatório	1.000
08	Mebendazol 100mg	Cápsula/comprimido	Antiparasitário	450
09	Metronidazol 250mg	Cápsula/comprimido	Antiparasitário	1.000
10	Metronidazol Geléia Vaginal 50mg/5g	Bisnaga com 50g	Antiparasitário	50
11	Neomicina+Bacitracina 5mg+250UI/g	Bisnaga com 10g	Antibiótico	75
12	Paracetamol 500mg	Cápsula/comprimido	Antitérmico/analgésico	1.000
13	Ranitidina 150mg	Cápsula/comprimido	Anti ulceroso	1.000
14	Salbutamol 2mg	Cápsula/comprimido	Broncodilatador	1.500
15	Sulfa+Trim. 400mg+80mg	Cápsula/comprimido	Antibiótico	1.000
16	Sulfato Ferroso 40mg/Fe	Cápsula/comprimido	Anemia Ferropriva	1.000
17	Captopril 25mg	Cápsula/comprimido	Anti-hipertensivo	1.000
18	Hidroclorotiazida 25mg	Cápsula/comprimido	Diurético	1.800
19	Propanolol (cloridrato) 40mg	Cápsula/comprimido	Anti-hipertensivo	1.000
20	Glibenclamida 5mg	Cápsula/comprimido	Hipoglicemiente oral	750
21	Metformina 850mg	Cápsula/comprimido	Hipoglicemiente oral	500
22	Preservativo Masculino 52mm	-	-	12.000



ANEXO III. Previsão para aquisição de medicamentos da farmácia básica para as equipes de saúde do sistema penitenciário – abril/2006 a março/2007

Nº	UF	Nº total de Unidades Prisionais		Total de equipes de saúde a serem implantadas		1º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		2º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		3º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		4º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada	
		UP fem	UP masc	UP fem	UP masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc
01	AC	00	05	00	07	-	-	-	-	00	01	00	01
02	AL	01	05	01	05	-	-	-	-	01	01	01	02
03	AM	01	10	01	10	-	-	-	-	01	01	01	02
04	AP*	01	04	01	06	-	-	-	-	00	01	01	02
05	BA	01	14	01	20	01	02	01	03	01	04	01	05
06	CE	01	09	01	14	-	-	-	-	01	01	01	02
07	DF	01	04	01	15	01	07	01	07	01	08	01	08
08	ES	01	13	01	16	01	01	01	02	01	03	01	04
09	GO	00	09	00	13	00	02	00	03	00	04	00	05
10	MA	00	08	00	10	-	-	-	-	00	01	00	02
11	MG	01	19	01	23	01	13	01	14	01	15	01	16
12	MS	03	22	03	28	-	-	-	-	01	03	02	05
13	MT	01	04	01	06	01	04	01	04	01	04	01	05
Nº	UF	Nº total de Unidades Prisionais		Total de equipes de saúde a serem implantadas		1º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		2º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		3º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada		4º repasse trimestral - por equipe de saúde implantada	
		UP fem	UP masc	UP fem	UP masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc	Kit fem	Kit masc
14	PA	01	19	01	21	-	-	-	-	01	01	01	02
15	PB	02	13	02	16	-	-	-	-	01	02	01	03
16	PE	02	15	02	25	01	04	01	04	01	05	01	06
17	PI	02	11	02	11	-	-	-	-	01	01	01	02
18	PR	02	14	02	21	01	02	01	03	01	04	01	05
19	RJ	03	30	03	52	02	31	02	34	02	37	02	41
20	RN	00	08	00	09	-	-	-	-	00	01	00	02
21	RO	01	19	01	21	01	04	01	04	01	05	01	06
22	RR	00	02	00	02	-	-	-	-	00	01	00	01
23	RS	02	90	02	107	01	10	01	15	01	20	02	30
24	SC	01	29	01	25	-	-	01	05	01	10	01	15
25	SE	01	06	01	08	01	01	01	02	01	03	01	04
26	SP	08	108	11	233	03	55	04	65	05	75	06	85
27	TO	00	05	00	05	00	02	00	02	00	03	00	03
TOTAL		37	495	40	729	15	138	17	167	25	215	29	264

continua...



continuação...

Total de Kits para unidades femininas em 2006	86
Total de Kits para unidades masculinas em 2006	784

* Informação fornecida pelo Estado.

Observações:

- 1) Os cálculos consideram a ampliação do quantitativo de equipes de saúde implantadas mês a mês.
- 2) A lógica de distribuição dos medicamentos será definida pelos estados não qualificados quando de sua qualificação e comunicada a posteriori à CGSAF.
- 3) Os estados qualificados já possuem lógica de distribuição definida, conforme quadro abaixo.



Portaria MS/GM nº 1.552, de 28 de junho de 2004.

Publica os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e dá outras providências



O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a importância da implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 210 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

Considerando a necessidade de um financiamento federal diferenciado para a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, conforme Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003; e

Considerando o art. 5º da Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que cria o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% dos recursos, e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% dos recursos, e seu § 4º, que define que os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN) Ministério da Justiça serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, resolve:

Art 1º Publicar os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constantes do anexo desta Portaria.

Parágrafo único. Os valores de custeio serão baseados no número de pessoas compreendidas pelo Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Ministério da Justiça/Departamento Penitenciário Nacional.

Art 2º Os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria, que correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, deverão, excepcionalmente este ano, onerar o Programa de Trabalho – 10.845.1214.0589 – Incentivo Financeiro a Municípios Habilidos à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para a Saúde da Família.

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

HUMBERTO COSTA

ANEXO

INCENTIVOS FINANCEIROS AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

UF	Nº total de população penitenciária	Total de equipes	Valor Total a ser repassado / ano (R\$)
AC	1.769	7	220.044,00
AL	1.291	6	220.044,00
AM	1.484	13	320.064,00
AP	898	11	280.056,00
BA	5.234	20	740.148,00
CE	4.022	14	520.104,00
DF	6.520	15	600.120,00
ES	3.700	14	540.108,00
GO	3.719	13	480.096,00
MA	1.902	9	340.068,00
MG	4.685	18	680.136,00
MS	4.924	24	780.156,00
MT	1.465	6	200.040,00
PA	3.361	20	640.128,00
PB	4.113	19	640.128,00
PE	9.738	24	940.188,00
PI	1.362	9	300.060,00
PR	7.264	22	840.168,00
RJ	18.127	55	2.140.428,00
RN	1.368	7	240.048,00
RO	3.135	22	640.128,00
RR	259	1	40.008,00
RS	16.000	91	2.640.528,00
SC	6.802	34	1.200.240,00
SE	1.862	8	280.056,00
SP	94.356	244	9.701.940,00
TO	790	5	160.032,00
Total Geral	210.150	731	26.325.264,00



Portaria Interministerial MS/MJ nº 3343, de 28 de dezembro de 2006

Altera os valores do incentivo para atenção à saúde no sistema penitenciário



O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE E O MINISTRO DE ESTADO DA JUSTIÇA, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que cria o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, como componente variável do Piso da Atenção Básica e define que cabe à Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso;

Considerando a Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica;



Considerando a necessidade de se atualizarem os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, tendo em vista o quantitativo de equipes de saúde atuando no Sistema Penitenciário dos Estados/Municípios qualificados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

Considerando a Portaria nº 268/SAS, de 17 de setembro de 2003, que cria no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o Serviço de Classificação 065 - Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e

Considerando os Decretos nº 1.651/1995 e nº 1.232/1994, que trata das transferências Fundo a Fundo; resolvem:

Art. 1º Definir que, em estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, as equipes de saúde implantadas, considerando uma equipe para até 500 presos e com carga horária mínima de 20 horas semanais, recebam o incentivo correspondente a R\$ 5.400,00/mês ou 64.800,00/ano por equipe de saúde.

Art. 2º Definir que em estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde poderão ser realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, os quais deverão atuar no mínimo 4 horas semanais na unidade prisional, e o valor do Incentivo será de R\$ 2.700,00/mês ou R\$ 32.400,00/ano por estabelecimento de saúde.

Art. 3º Os valores de custeio do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça.

Art. 4º Este Incentivo deverá financiar as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem



como à assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

Art. 5º Determinar que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1312.8527 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional.

Parágrafo único. Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (Funpen/ Ministério da Justiça) serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, mediante destaque de crédito, com vistas a sua transferência aos estados e (ou) aos municípios.

Art. 6º Definir que os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça possam ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e (ou) Municipais de Saúde, dependendo da pontuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e (ou) Municipais de Saúde deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de Relatório de Gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 7º Estabelecer que o repasse do Incentivo será feito aos estados/municípios qualificados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário no valor proporcional ao quantitativo de equipes de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Sistema Penitenciário.

§ 1º A não-atualização dos dados de cadastro, dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo. (Retificado)

§ 2º As eventuais substituições dos profissionais que compõem a equipe mínima deverão ser feitas no prazo de 90 (noventa) dias, caso contrário o repasse do Incentivo será suspenso.

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

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Ministro de Estado da Saúde

LUIZ PAULO TELES FERREIRA BARRETO

Ministro de Estado da Justiça

Interino



Portaria MS/GM nº 240, de 31 de janeiro de 2007.

PUBLICA OS NOVOS VALORES DE CUSTEIO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a importância da implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde da população recolhida nos estabelecimentos do Sistema Penitenciário Nacional e distribuída em todas as unidades federadas, estimada em mais de 220.000 (duzentos e vinte mil) pessoas;

Considerando a necessidade de um financiamento federal diferenciado para a implantação e implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Justiça nº 1.777, de 9 de setembro de 2003;

Considerando o art. 5º da Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, que cria o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% dos recursos e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30%, e seu § 4º, que define que os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional - FUNPEN, do Ministério da Justiça serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde; e

Considerando a Portaria Interministerial nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006, que altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências, resolve:

Art 1º Publicar os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Os valores de custeio serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional -DEPEN, do Ministério da Justiça.

Art 2º Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde e deverão onerar o Programa de Trabalho 10.302.1312.8527 - Serviços de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional.

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

Art. 4º Cessar os efeitos da Portaria nº 847/GM, de 6 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 6 de junho de 2005, Seção 1, páginas 32 e 33.



ANEXO

VALORES DE CUSTEIO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

UF	Nº total de população penitenciária	Total de equipes	Valor total a ser repassado/ano (R\$)
AC	1.942	7	388.800,00
AL	1.291	6	356.400,00
AM	1.415	12	486.000,00
AP	1.059	13	615.600,00
BA	5.290	21	1.231.200,00
CE	4.241	15	907.200,00
DF	7.110	16	1.036.800,00
ES	4.494	17	1.069.200,00
GO	3.520	13	745.200,00
MA	2.265	10	583.200,00
MG	6.424	23	1.393.200,00
MS	6.101	28	1.555.200,00
MT	1.360	7	388.800,00
PA	4.189	22	1.263.600,00
PB	4.370	18	1.004.400,00
PE	10.987	27	1.717.200,00
PI	1.521	13	648.000,00
PR	7.903	23	1.425.600,00
RJ	18.127	55	3.466.800,00
RN	1.732	9	518.400,00
RO	3.135	22	1.036.800,00
RR	350	2	97.200,00
RS	20.375	109	5.572.800,00
SC	7.782	36	2.106.000,00
SE	1.981	9	518.400,00
SP	94.356	244	15.714.000,00
TO	810	5	259.200,00
Total geral	224.130	782	46.105.200,00



Portaria MS/SAS nº 749, de 10 de outubro de 2006.

Institui a partir da Competência outubro de 2006, a ficha complementar de cadastro de equipes no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde - SCNES, conforme anexo I desta portaria.



O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se identificar as equipes de profissionais que integram a Atenção à Saúde do Penitenciário;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1777/GM, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000, que estabelece o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no país; vinculados ou não ao SUS; e,

Considerando a Portaria SAS/MS nº 268, de 17 de Setembro de 2003 que incluiu, na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, o serviço 065-Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e,

Considerando a necessidade de permanente qualificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, buscando compatibilizá-lo às Políticas implementadas pelo Ministério da Saúde pactuadas com os Gestores Estaduais e Municipais de Saúde, resolve:

Art.1º Instituir a partir da competência Outubro de 2006, a Ficha Complementar de Cadastro de Equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES, conforme anexo I desta Portaria.

Art.2º Caberá ao gestor da SES/SMS do Distrito Federal que têm sob sua gestão estabelecimentos de Saúde que dispõem do Serviço 065 - Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário, efetivar a adequação do cadastro por meio da ficha complementar instituída no Art. 1º desta Portaria, observando as orientações de preenchimento conforme anexo II.

§ 1º - Será permitida a informação do serviço especializado, de que trata o caput deste artigo, apenas para os estabelecimentos do tipo 01-Posto de Saúde, 02-Unidade Básica/ Centro de Saúde, 07-Hospital Especializado ou 05-Hospital Geral, conforme instruções detalhadas no Anexo II desta Portaria.

§ 2º - Caberá a SES/SMS e Distrito Federal efetivar a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde que se enquadrem no disposto neste artigo, no período de Outubro a fevereiro de 2007. Após este período os cadastros que não forem adequados

ficarão com “status” de inconsistentes/pendentes na base de dados do SCNES local e nacional.

Art. 3º Definir que caberá ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS, adotar as medidas necessárias para efetivar as adequações no Sistema SCNES ao que dispõe esta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Secretário

ANEXO II

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DAS EQUIPES DA ATENÇÃO A SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Para o cadastro das equipes da Atenção a Saúde do Sistema Penitenciário, o estabelecimento de saúde deve dispor do serviço 065 - Atenção a Saúde do Penitenciário, com uma das classificações, conforme especificado a seguir:

1 - DADOS OPERACIONAIS:

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

Tipo de Estabelecimento do Sistema Penitenciário	Serviço 065 - Atenção à Saúde			
	183- Atend. em Presídio até 100 Presos	185- Atend. em Manicômio até 100 Presos	184- Atend. em Presídio acima 100 Presos	185- Atend. em Manicômio acima de 100 Presos
Posto de Saúde	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Unidade Básica/Centro de Saúde	SIM	SIM	SIM	SIM
Hospital Geral	SIM	SIM	SIM	SIM
Hospital Especializado	SIM	SIM	SIM	SIM
Observação: Não pode ser cadastrado mais de uma classificação de serviço em um mesmo estabelecimento de saúde.				

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Código do CNES e Nome do estabelecimento que dispõe do serviço 065, ao qual a equipe será vinculada.

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - TIPO DA EQUIPE:

3.2 - NOME DE REFERENCIA DA EQUIPE

CÓDIGO	TE - TIPO DE EQUIPE (DESCRIÇÃO)
05	EPEN - EQUIPE DA ATENÇÃO A SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

gestor, a escolha do mesmo.



3.3 - DATA DE ATIVAÇÃO DA EQUIPE

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da efetivação da equipe, que não poderá ser superior a data atual e não poderá ser inferior a data de implementação da política de Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, conforme Portaria N° 1.777 em 09/09/2003.



3.4 - DATA DE DESATIVAÇÃO DA EQUIPE

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

3.5 - TIPO DE DESATIVAÇÃO

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

3.6-MOTIVO DA DESATIVAÇÃO DA EQUIPE

CÓDIGO	TIPO
01	TEMPORÁRIA
02	DEFINITIVA

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

De acordo com a legislação vigente as equipes da Atenção ao Sistema Penitenciário são compostas com os profissionais a seguir descritos, sendo facultado a inclusão de outros

CÓDIGO	MOTIVO DA DESATIVAÇÃO
01	DIFÍCULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR
02	DIFÍCULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO
03	PROBLEMA COM ESTRUTURA FÍSICA
04	SUPERVISÃO/AUDITORIA
05	OUTROS

profissionais.

Os profissionais da(s) equipe(s) deverão estar cadastrados previamente no CNES do estabelecimento onde a(s) equipe(s) será (ao) cadastrado(s) e os campos (4.1.1) Nome, (4.1.2) CPF, (4.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupação, (4.1.4) CNS – Cartão Nacional de Saúde, (4.1.5) CHS - Carga Horária Semanal deverão ser vinculados mediante esse cadastro.

4.1.6 - DATA DE ENTRADA

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da admissão/entrada do profissional na equipe.

4.1.7 - DATA DE DESLIGAMENTO

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da saída do profissional da equipe. Não será permitida a alteração deste dado após a sua inclusão.

4.1.8 - EQUIPE MÍNIMA

Deverá ser identificado se o profissional faz parte da equipe mínima a ser considerada de acordo com legislação vigente.





Tabela de compatibilidade do serviço/classificações da atenção à saúde do sistema penitenciário com CBO

Cód. serviço	Descrição do serviço	Cód. class. do serviço	Descrição da Classificação	Qte. Grupos de CBO	CBO	Carga Horária Semanal (Mínima)
065	Atenção a saude no sistema penitenc.	183 / 185	Atendimento em presidio ate 100 presos / atendimento em manicomio ate 100 presos	1	07110-enfermeiro em geral ou 07112-enfermeiro do psf 07310- assistente social, em geral 06105-médicos, em geral (clínico geral ou 06141- médico saúde da família ou 06162- médico psiquiatra ou 06132-médico ginecologista ou 06145- médico obstetra ou 06151- médico geral comunitário) 06310-cirurgião dentista, em geral 07410- psicólogo, em geral 57210 - auxiliar de enfermagem; ou 57216- auxiliar de enfermagem do psf ou 7210- tecnico de enfermagem, em geral ou 07291 -técnico de enfermagem do psf	4h
					07110-enfermeiro em geral 07310- assistente social, em geral. 06105-médicos, em geral (clínico geral ou 06162- médico psiquiatra ou 06132-médico ginecologista ou 06145- médico obstetra ou 06151- médico geral comunitário) 06310-cirurgião dentista, em geral. 07410- psicólogo, em geral. (57210 - auxiliar de enfermagem ou 07210- tecnico de enfermagem, em geral).	20h

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2003.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil: Senado Federal, 1988.
- _____. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 dez. 2004.
- _____. Decreto nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 dez. 2004.
- _____. Lei nº 7.210, de 11 julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
- _____. Lei nº 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, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Lei nº 8.142/28.12.90. 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 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- _____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jan. 1994
- _____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 96.
- _____. Lei nº 9.460, de 4 de junho de 1997. Altera o art. 82 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jun. 1997
- _____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- _____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União,



Brasília, DF, 1 ago. 2003.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2003.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

_____. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

_____. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 set. 2003.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 2.035, de 8 de novembro de 2001. Institui Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de Promoção e Assistência à Saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional, integrada pelos titulares dos seguintes órgãos e entidades em anexo. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 nov. 2001.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 485, de 29 de março de 1995. Constitui três comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da coordenação nacional de doenças sexualmente transmissíveis e aids do ministério da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos,



substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov. 2003.



_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004. Define as normas para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, entre outros. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jul. de 2004.



_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 587, de 7 de outubro de 2004. Determina que as secretárias de estado da saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 out. 2004.



_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 589, de 8 de outubro de 2004. Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 11 out. de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jun. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 185, de 5 de junho de 2001. Altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da tabela de serviço do Sistema De Informações Ambulatoriais Do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de junho de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as redes estaduais de atenção à pessoa com deficiência visual sejam compostas por ações na atenção básica e serviços de reabilitação visual. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.129, de 24 de dezembro de 2008. Estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao teto financeiro anual de média e alta complexidade dos estados e do distrito federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.635, de 12 de setembro de 2002. Inclui, no Sistema De Informações Ambulatoriais Do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, os procedimentos relacionados em anexo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº MS/GM 1.370, de 3 de julho de 2008. Institui o Programa De Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 370, de 4 de julho de 2008. Estabelece, na forma do Anexo I desta portaria, o rol de doenças neuromusculares incluídas no Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001. Aprova, na forma do Anexo I, desta portaria, o Protocolo De Indicação De Tratamento Clínico Da Osteogenesis Imperfecta Com Pamidronato Dissódico No Âmbito Do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2009.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Grupo de Trabalho Interministerial - Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino. Brasília, 2008.

_____. Conselho Nacional de Política Crimina e Penitenciária. Resolução nº 09, de 12 de julho de 2006. Recomenda a adoção de procedimentos quanto à revista nos visitantes, servidores ou portadores de serviços e/ou nos presos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 ago. 2006.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.665, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (Aids) e soropositivos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 3 jun. 2003.

_____. Conselho Nacional de Política Crimina e Penitenciária. Resolução 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 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 mai. 2004.





Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Legislação em Saúde
www.saude.gov.br/saudelegis



Ministério
da Saúde

