



## RECOMENDAÇÃO nº. 19/2017 /FAMEM

São Luís (MA), 26 de junho de 2017.

### **ASSUNTO: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP.**

Excelentíssimo (a) Senhor(a) Prefeito(a),

Com a finalidade de melhor assessorá-lo e mantê-lo atualizado sobre informações relevantes para a realização de uma Gestão Municipal adequada e que, principalmente, atenda aos ditames legais, a FEDERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO MARANHÃO – FAMEM, representada por seu presidente Cleomar Tema Carvalho Cunha, vem por meio deste, encaminhar informações sobre a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP**, tendo em vista que são oferecidos incentivos financeiros pelo governo federal para o custeio das equipes de saúde que prestam serviços em estabelecimentos prisionais, bem como pelo fato do Ministério da Saúde ter estendido o prazo de adesão ao PNAISP até o dia 31 de dezembro de 2017.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que disciplina os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos estados e do Distrito Federal, representados pelas secretarias de saúde, de justiça ou congêneres e dos municípios. As normas de operacionalização dessa política estão disciplinadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, que disciplina os tipos de equipes, os profissionais que compõem essas equipes e o financiamento. Adicionalmente, a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, estabelece normas para cadastramento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção**



à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a atenção básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

**A transferência de recursos financeiros está condicionada à habilitação de equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) previamente cadastradas no SCNES.** A EABp apresenta composição multiprofissional e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada. O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinarão as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias. As equipes podem se organizar em cinco modalidades, o que definirá o repasse dos recursos financeiros.

Por fim, importante consignar que em nosso Estado existem 83 Municípios que possuem unidades prisionais/delegacias, entretanto apenas 22 destes entes tiveram a adesão reconhecida pelo Ministério da Saúde, e, somente os municípios de Itapecuru-Mirim/MA e Vargem Grande/MA possuem equipes de saúde habilitadas no PNAISP.

## I- **PROPOSTA DA POLÍTICA**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP considera pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometeram delito com idade superior aos 18 anos e que estão sob a custódia do Estado provisoriamente, sentenciadas ou em medida de segurança, conforme previsto no Código Penal e na Lei de Execução Penal.

### **Beneficiários da PNAISP**

Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado em regime provisório ou sentenciadas e pessoas em medida de segurança. A população custodiada, em regimes semiaberto, aberto e a medida de segurança na modalidade tratamento ambulatorial, será preferencialmente assistida nos serviços na rede de atenção à saúde. Os trabalhadores em serviços penais, familiares e demais comunicantes na relação com os privados de liberdade, deverão ser envolvidos em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, no âmbito da PNAISP.

## **Oferta de ações e serviços**

As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

- I. A atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica de Unidade Básica de Saúde definida no território ou Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP).
- II. A oferta das demais ações e serviços de saúde deverá ser prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

**A oferta de ações de saúde especializadas em serviços de saúde localizados em complexos penitenciários e/ou unidades prisionais com população superior a 1000 (mil) pessoas privadas de liberdade, será objeto de norma própria.**

Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A assistência farmacêutica e a estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei instituídos no âmbito desta Política serão consignados em norma própria.

## **Adesão à PNAISP:**

**O Secretário Municipal de Saúde deve assinar o Termo de Adesão** assumindo os encargos e responsabilidades estabelecidos na Política e encaminhar cópias às Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e ao Ministério da Saúde.

Os municípios devem observar, ainda, os seguintes critérios:

- I. Adesão estadual à PNAISP;
- II. Ter população privada de liberdade custodiada em seu território.

Os municípios e estados que aderirem à PNAISP receberão um incentivo que está descrito na portaria de operacionalização da política.



## **Deveres dos Municípios ao Aderirem ao PNAISP**

Competências dos Municípios, por meio das Secretarias Municipais de Saúde, quando aderirem à PNAISP:

- a) Coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade, com foco na atenção integral, na perspectiva da promoção, diagnóstico e recuperação da saúde e prevenção das doenças e vigilância à saúde;
- b) Elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP nos municípios, com definição de prioridades, cofinanciamento, objetivos, estratégias e metas na Programação Pactuada Integrada, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado e, se for o caso, com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- c) Cadastrar por meio dos programas disponíveis de cadastramento as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;
- d) Elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- e) Implantar e implementar os protocolos de “avaliação de porta de entrada” como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;
- f) Monitorar e avaliar os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;
- g) Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;
- h) Promover, junto à população do município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;



- i) Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;
- j) Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e à articulação do SUS na esfera municipal.

O monitoramento e avaliação da PNAISP, dos serviços, equipes e ações de saúde se realizarão por meio da alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

### **Período de Adesão**

Foi estabelecido um período de transição para que os municípios, atualmente habilitados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário se ajustem à PNAISP, até 31 de dezembro de 2016, e ficam mantidos os efeitos da Portaria Interministerial nº 1.777/GM/MS, de 9 de setembro de 2003, para fins de continuidade da manutenção dos serviços de saúde no sistema prisional durante o período de transição para implantação da PNAISP pelos gestores.

**Entretanto, importante registrar que a Portaria Interministerial nº 24 de 05 de janeiro de 2017 estendeu o prazo de adesão ao PNAISP até o dia 31 de dezembro do ano corrente.**

## **II- NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA PNAISP**

### **Funcionamento dos serviços e composição das equipes**

Os serviços de saúde serão conformados de acordo com a população prisional e funcionamento dos serviços e classificados em três faixas:

- I. Unidades prisionais com até 100 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de 06 (seis) horas semanais;

- II. Unidades prisionais entre 101 e 300 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de 18 (dezoito) horas semanais; e
- III. Unidades prisionais entre 301 e 700 custodiados – serviço com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais.

Os serviços de saúde serão constituídos por modalidades de equipes multiprofissionais compostas por:

- I. Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I – EABp I, composta por: 1 (um) Médico, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem;
- II. Equipe Atenção Básica Prisional Tipo II – EABp II: 1 (um) Médico, 1 (um) Enfermeiro, 1 (um) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, 1 (um) Assistente Social, 1 (um) Psicólogo, 1 (um) profissional de nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Nutricionista ou Farmacêutico);
- III. Equipe Saúde Bucal Prisional – ESBp, composta por: 1 (um) Cirurgião-dentista, 1 (um) Técnico de Saúde Bucal ou Auxiliar de Saúde Bucal.
- IV. Equipe de Saúde Mental Prisional – ESMp composta por: 1 Médico Psiquiatra ou médico especialista em saúde mental, 2 Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro ou Farmacêutico).

### **Habilitação dos serviços**

Para cada habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I ou Tipo II deverá ser habilitada uma Equipe de Saúde Bucal Prisional. É facultada a inclusão da Equipe de Saúde Mental Prisional em unidades até 100 pessoas privadas de liberdade, observados os critérios epidemiológicos.

Não havendo a habilitação da Equipe de Saúde Mental Prisional, o gestor deve garantir acesso aos cuidados em saúde mental na Rede de Atenção à Saúde.

<b>&lt;100 custodiados</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>HORAS</b>	<b>VALOR DO INCENTIVO</b>
EABp I	06	2.795,00

ESBp	06	1.162,00
ESMp (Facultativo)	06	2.832,00
		<b>Total 6.789,00</b>

Em unidades prisionais acima de 100 pessoas privadas de liberdade, o gestor deverá solicitar a habilitação da Equipe de Saúde Mental Prisional.

<b>100-300 custodiados</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>HORAS</b>	<b>VALOR DO INCENTIVO</b>
EABp I	18	8.384,99
ESBp	18	3.487,50
ESMp	18	8.497,49
		<b>Total 20.369,98</b>
<b>OU</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>HORAS</b>	<b>VALOR DO INCENTIVO</b>
EABp II	18	13.784,99
ESBp	18	3.487,50
ESMp	18	8.497,49
		<b>Total 25.769,98</b>

Em unidades com população acima de 300 pessoas privadas de liberdade, deverá ser habilitada Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II.

<b>301-700 custodiados</b>		
<b>EQUIPE</b>	<b>HORAS</b>	<b>VALOR DO INCENTIVO</b>
EABp II	30	22.974,98
ESBp	30	5.812,50
ESMp (Facultativo)	30	14.162,48
		<b>Total 42.959,96</b>

Em unidades prisionais com população acima de 701 custodiados, as equipes de saúde no sistema prisional serão acrescidas seguindo a proporção das faixas apresentadas anteriormente.



Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município-sede e poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para composição dos serviços e das equipes, desde que devidamente cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES. A classificação dos serviços de saúde para cadastramento no CNES será consignada em norma própria.

A habilitação dos serviços à PNAISP dar-se-á pela apresentação, ao Ministério da Saúde, da seguinte documentação:

- I. Cópia do Termo de Adesão à PNAISP, do Estado;
- II. Quando for o caso, cópia do Termo de Adesão à PNAISP, do Município no qual a unidade prisional está instalada;
- III. Termo de Habilitação do Serviço na unidade prisional, assinado pelo Secretário de Estado ou do Distrito Federal ou da União responsável pela administração prisional, pela Secretaria de Estado da Saúde e, quando tratar-se de gestão e assistência municipais, pela Secretaria Municipal de Saúde;
- IV. Termo de Responsabilidade Institucional pela alimentação dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

Para a constituição de serviços que referenciem Delegacias e Cadeias Públicas a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente municipais.

#### **Incentivo Financeiro e participação dos estados no financiamento**

O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando os valores básicos constantes no Anexo A da portaria.

#### **Anexo A**

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

Modalidade da Equipe	<100 custodiados		100-300 custodiados		301-700 custodiados	
	Carga horária semanal	Valor do incentivo mensal	Carga horária semanal	Valor do incentivo mensal	Carga horária semanal	Valor do incentivo mensal



	mínima		mínima		mínima	
EABp I	06	2.795,00	18	8.384,99	30	13.974,98
EABp II	06	4.595,00	18	13.784,99	30	22.974,98
ESBp	06	1.162,50	18	3.487,50	30	5.812,50
ESMp	06	2.832,50	18	8.497,49	30	14.162,48

Ao município que aderir a PNAISP será garantida a complementação dos valores a serem repassados pela União, a título de incentivo, de acordo com o respectivo índice de Desempenho do SUS (IDSUS), publicado pelo Ministério da Saúde no exercício anterior ao de referência para pagamento e observará a tabela constante no Anexo B da portaria.

### Anexo B

Tabela de aplicação de acréscimos aos valores do incentivo para custeio dos serviços de assistência no âmbito da PNAISP, constante no anexo a, baseado no índice de desempenho do SUS do exercício anterior e na proporção da população privada de liberdade em relação à população geral do município.

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

A transferência dos recursos financeiros referentes aos serviços habilitados, efetuada mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde será destinada aos Fundos Municipais de Saúde, quando o município aderir à PNAISP e habilitar serviços sob sua gestão.

### Monitoramento e suspensão dos repasses.

O monitoramento e avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas equipes de saúde dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de



Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes.

O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços deverá ser realizado no sistema E-SUS, quando estiver implantado nos estados e municípios.

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

- I. Inexistência de Unidade Básica de Saúde cadastrada para o trabalho das equipes, consignado nesta norma;
- II. Ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes;
- III. Descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes;
- IV. A ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da saúde por 3 (três) meses consecutivos.

### **Passo a passo para habilitação do serviço pelos municípios**

**Passo 1:** O secretário municipal de Saúde deve assinar o termo de adesão à PNAISP, respeitando a prévia adesão estadual à política;

**Passo 2:** Elaborar o Plano de Ação Municipal da PNAISP, por meio deste *link*: [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=16254](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=16254). Caso não tenha a senha, clicar em “Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário;

**Passo 3:** Publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria que aprova a adesão do município à PNAISP;



**Passo 4:** O município deverá cadastrar a(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, e a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014;

**Passo 5:** Solicitar a habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS, disponível no [link: http://saips.saude.gov.br/autenticacao](http://saips.saude.gov.br/autenticacao)), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES; e

**Passo 6:** Publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria de habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional.

### **Realidade do PNAISP nos Municípios maranhenses**

Em nosso Estado existem 83 Municípios que possuem unidades prisionais/delegacias. No entanto, apenas 22 destes entes tiveram a adesão reconhecida pelo Ministério da Saúde, e, somente os municípios de Itapecuru-Mirim/MA e Vargem Grande/MA possuem equipes de saúde habilitadas no PANAISP junto ao Ministério da Saúde.

### **Quem possui Direito a aderir ao PNAISP no Maranhão:**

#### **TABELA 1**

Municípios que possuem Unidades Prisionais/Delegacias

ITEM	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO
1.	Açailândia	Unidade Prisional
2.	Alto Alegre do Maranhão	Unidade Prisional
3.	Alto Parnaíba	Delegacia de polícia
4.	Amarante do Maranhão	Delegacia de polícia
5.	Anajatuba	Unidade Prisional
6.	Apicum-Açu	Delegacia de polícia
7.	Araioses	Unidade Prisional
8.	Arari	Unidade Prisional
9.	Bacabal	Unidade Prisional
10.	Bacabeira	Unidade Prisional
11.	Balsas	Unidade Prisional
12.	Barão de Grajaú	Delegacia de polícia
13.	Boa Vista do Gurupi	Delegacia de polícia
14.	Buriti	Delegacia de polícia
15.	Cândido Mandes	Delegacia de polícia

16.	Cantanhede	Unidade Prisional
17.	Carutapera	Unidade Prisional
18.	Caxias	Unidade Prisional
19.	Chapadinha	Unidade Prisional
20.	Centro Novo do Maranhão	Delegacia de polícia
21.	Codó	Unidade Prisional
22.	Colinas	Delegacia de polícia
23.	Coroatá	Unidade Prisional
24.	Cururupu	Unidade Prisional
25.	Davinópolis	Unidade Prisional
26.	Dom Pedro	Delegacia de polícia
27.	Godofredo Viana	Delegacia de polícia
28.	Governador Nunes Freire	Delegacia de polícia
29.	Grajaú	Unidade Prisional/Delegacia de polícia
30.	Guimarães	Delegacia de polícia
31.	Igarapé Grande	Delegacia de polícia
32.	Imperatriz	Unidade Prisional
33.	Itapecuru Mirim	Unidade Prisional
34.	João Lisboa	Delegacia de polícia
35.	Junco do Maranhão	Delegacia de polícia
36.	Lago da Pedra	Unidade Prisional
37.	Loreto	Delegacia de polícia
38.	Luís Domingues	Unidade Prisional
39.	Magalhães de Almeida	Delegacia de polícia
40.	Maracaçumé	Unidade Prisional
41.	Mirador	Delegacia de polícia
42.	Mirinzal	Delegacia de polícia
43.	Olho D'água das Cunhas	Unidade Prisional
44.	Olinda nova do Maranhão	Delegacia de polícia
45.	Passagem Franca	Unidade Prisional
46.	Paulo Ramos	Delegacia de polícia
47.	Pedreiras	Unidade Prisional
48.	Penalva	Delegacia de polícia
49.	Pindaré Mirim	Delegacia de polícia
50.	Pinheiro	Unidade Prisional
51.	Pirapemas	Unidade Prisional
52.	Poção de Pedras	Delegacia de polícia
53.	Porto Franco	Unidade Prisional
54.	Presidente Dutra	Unidade Prisional
55.	Riachão	Delegacia de polícia
56.	Rosário	Unidade Prisional
57.	Santa Inês	Unidade Prisional
58.	Santa Luzia do Paruá	Delegacia de polícia
59.	Santa Luzia	Delegacia de polícia

60.	Santa Luzia do Tide	Delegacia de polícia
61.	São Benedito do Rio Preto	Delegacia de polícia
62.	São Bento	Delegacia de polícia
63.	São Bernardo	Delegacia de polícia
64.	São Domingos do Maranhão	Delegacia de polícia
65.	São João Batista	Delegacia de polícia
66.	São João dos Patos	Delegacia de polícia
67.	São Luís	Unidade Prisional
68.	São Mateus	Delegacia de polícia
69.	São Pedro da Agua Branca	Delegacia de polícia
70.	São Raimundo das Mangabeiras	Delegacia de polícia
71.	São Vicente de Ferrer	Delegacia de polícia
72.	Sucupira do Riachão	Delegacia de polícia
73.	Timon	Unidade Prisional
74.	Tuntum	Delegacia de polícia
75.	Turiaçu	Delegacia de polícia
76.	Turilândia	Delegacia de polícia
77.	Tutóia	Delegacia de polícia
78.	Urbano Santos	Delegacia de polícia
79.	Vargem Grande	Unidade Prisional
80.	Viana	Unidade Prisional
81.	Vitória do Mearim	Unidade Prisional
82.	Vitorino Freire	Unidade Prisional
83.	Zé Doca	Unidade Prisional

### **TABELA 2**

Municípios que possuem adesão reconhecida pelo Ministério da Saúde, mas que ainda não implantaram

<b>ITEM</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>Portarias Publicadas de Adesão</b>
01	Anajatuba	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
02	Araíoses	Portaria nº 2.275, de 17 de outubro de 2014
03	Arari	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
04	Bacabal	Portaria nº 2.518, de 11 de novembro de 2014
05	Bacabeira	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
06	Cantanhede	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
07	Chapadinha	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
08	Codó	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
09	Davinópolis	Portaria nº 1.329, de 08 de setembro de 2015
10	Itapecuru Mirim	Portaria nº 1.966, de 12 de setembro de 2014
11	Lago da Pedra	Portaria nº 1.971, de 12 de setembro de 2014
12	Luís Domingues	Portaria nº 2.484, de 11 de novembro de 2014
13	Maracaçumé	Portaria nº 2.484, de 11 de novembro de 2014
14	Olho D'água das Cunhas	Portaria nº 2.518, de 11 de novembro de 2014
15	Passagem Franca	Portaria nº 1.966, de 12 de setembro de 2014

16	Pedreiras	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
17	Pirapemas	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
18	Rosário	Portaria nº 675, de 3 de junho de 2015
19	Vargem Grande	Portaria nº 1.966, de 12 de setembro de 2014
20	Vitória do Mearim	Portaria nº 155, de 04 de fevereiro de 2016
21	Vitorino Freire	Portaria nº 1.966, de 12 de setembro de 2014
22	Alto Alegre do Maranhão	Portaria nº 2.274, de 17 de outubro de 2014

**TABELA 3**  
Municípios que implantaram o PANAISP

Município	Valor Aprovado	Unidade de Saúde	Tipo de Equipe	Portaria de Habilitação Publicada
ITAPECURU MIRIM	5.580,08	UBS DR JOSE CURTIUS BEZERRA CARNEIRO	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	Portaria nº 139, de 11 de fevereiro de 2015
VARGEM GRANDE	5.580,08	UBSF METON SOUSA ALTO ALEGRE	Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	Portaria nº 2.588, de 21 de novembro de 2014

### **CONCLUSÃO:**

A proposta do PANAISP traz alguns avanços para a implantação das unidades de saúde prisional, com base na experiência dos últimos anos. Alguns pontos devem ser destacados como exemplo desses avanços: a inclusão das unidades nas redes de atenção à saúde; o aumento nos valores do financiamento federal para a saúde prisional e a criação de um acréscimo aos incentivos para os municípios; maior clareza nas atribuições dos gestores da saúde e da justiça.

Neste sentido, a FAMEM recomenda que:

- I. Os 81 municípios maranhenses (constantes na tabela 1) façam a adesão ao PANAISP, eis da importância da definição e implementação de ações e serviços que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo sistema prisional brasileiro, como bem procederam os Municípios de Itapecuru-Mirim e Vargem Grande;
- II. Para habilitação do serviço, os municípios, por meio de seu secretário municipal de Saúde deverão: assinar o termo de adesão à PANAISP; elaborar o Plano de Ação Municipal da PANAISP; cadastrar a(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no



Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e, solicitar a habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES.

Sendo esta a recomendação.

Para maiores esclarecimentos contatar o setor jurídico da FAMEM, por meio dos telefones (98) 21095417 e 5400.

**CLEOMAR TEMA CARVALHO CUNHA**  
Presidente da FAMEM



## PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

Art. 3º A PNAISP será regida pelos seguintes princípios:

I - respeito aos direitos humanos e à justiça social;

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

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

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

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

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

Art. 4º Constituem-se diretrizes da PNAISP:

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

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



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

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

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

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

Art. 6º São objetivos específicos da PNAISP:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I - adesão estadual à PNAISP;

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

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

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



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

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

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

Art. 15. Compete à União:

I - por intermédio do Ministério da Saúde:

- a) elaborar planejamento estratégico para implementação da PNAISP, em cooperação técnica com Estados, Distrito Federal e Municípios, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- b) garantir a continuidade da PNAISP por meio da inclusão de seus componentes nos Planos Plurianuais e nos Planos Nacionais de Saúde;
- c) garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, transferindo de forma regular e automática, os recursos do Fundo Nacional de Saúde;
- d) definir estratégias para incluir de maneira fidedigna as informações epidemiológicas das populações prisionais nos sistemas de informação do Ministério da Saúde;
- e) avaliar e monitorar as metas nacionais de acordo com a situação epidemiológica e as especificidades regionais, utilizando os indicadores e instrumentos que sejam mais adequados;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP na rede de atenção à saúde;
- g) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações da PNAISP no SUS;
- h) prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios na implantação dos sistemas de informação em saúde que contenham indicadores específicos da PNAISP;
- i) apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa para o SUS;
- j) promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP;



- k) promover ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;
- l) propor estratégias para o desenvolvimento de habilidades necessárias dos gestores e profissionais atuantes no âmbito da PNAISP, por meio dos processos de educação permanente em saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e realidades locais regionais;
- m) estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em saúde prisional, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP); e
- n) apoiar, técnica e financeiramente, a construção, a ampliação, a adaptação e o aparelhamento das unidades básicas de saúde em estabelecimentos prisionais; e

## II - por intermédio do Ministério da Justiça:

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

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

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

I - por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

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

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

c) elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria de Justiça e a Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

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

e) participar do financiamento para o desenvolvimento das ações e serviços em saúde de que tratam esta Portaria;

f) prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNAISP;

g) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito estadual ou distrital, consoantes a PNAISP, respeitando as diversidades locais; e

h) promover, no âmbito de sua competência, as articulações intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes da PNAISP, bem como a articulação do SUS na esfera estadual ou distrital; e

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

a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais sob sua gestão;

b) assessorar os Municípios, de forma técnica, junto à Secretaria Estadual de Saúde, no processo de discussão e implantação da PNAISP;

- c) considerar estratégias de humanização que atendam aos determinantes da saúde na construção e na adequação dos espaços das unidades prisionais;
- d) garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade;
- e) adaptar as unidades prisionais para atender às pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas;
- f) apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP;
- g) atualizar e compartilhar os dados sobre a população privada de liberdade com a Secretaria Municipal de Saúde;
- h) participar do financiamento das ações e serviços previstos na Política;
- i) garantir o acesso, a segurança e a conduta ética das equipes de saúde nos serviços de saúde do sistema prisional;
- j) apoiar intersetorialmente a realização das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde no sistema prisional;
- k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade;
- l) participar do planejamento e da realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema prisional; e
- m) viabilizar o acesso de profissionais e agentes públicos responsáveis pela realização de auditorias, pesquisas e outras formas de verificação às unidades prisionais, bem como aos ambientes de saúde prisional, especialmente os que tratam da PNAISP.

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

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

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

III - elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões



prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.

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

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

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

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

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

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

Art. 23. Ficam revogadas:

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

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

***ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA***

***Ministro de Estado da Saúde***

***JOSÉ EDUARDO CARDOSO***

***Ministro de Estado da Justiça***



## ANEXO

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

#### **TERMO DE ADESÃO DO MUNICÍPIO**

O Município \_\_\_\_\_, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, firma o presente Termo de Adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014, em 4 (quatro) vias de igual forma e teor, a serem encaminhadas ao Ministério da Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Secretaria Estadual de Justiça (ou congêneres).

Secretaria de Saúde do Município



PORTARIA Nº 482, DE 1º DE ABRIL DE 2014

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

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

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

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

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS;

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou

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

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

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

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

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

- I - 1 (um) cirurgião-dentista;
- II - 1 (um) enfermeiro;
- III - 1 (um) médico;
- IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e
- V - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal.

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

- I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental;
- II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo:
  - a) assistência social;
  - b) enfermagem;
  - c) farmácia;
  - d) fisioterapia;
  - e) psicologia; ou
  - f) terapia ocupacional.

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

- I - 1 (um) assistente social;
- II - 1 (um) cirurgião-dentista;

III - 1 (um) enfermeiro;

IV - 1 (um) médico;

V - 1 (um) psicólogo;

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

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

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

a) assistência social;

b) enfermagem;

c) farmácia;

d) fisioterapia;

e) nutrição;

f) psicologia; ou

g) terapia ocupacional.

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

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

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

a) assistência social;

b) enfermagem;

c) farmácia;

d) fisioterapia;

e) psicologia; ou

f) terapia ocupacional.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 1º O valor do incentivo financeiro de custeio para as ações e serviços de saúde da PNAISP será calculado de acordo com a classificação e o número de equipes de cada serviço habilitado, observando-

se os valores constantes no Anexo I, a serem repassados de acordo com a disponibilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

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

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

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

I - Termo de Adesão à PNAISP efetuado pelo Estado;

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

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

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

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

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

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

§ 2º Aos recursos referidos no "caput" deste artigo, transferidos aos Fundos de Saúde dos entes federativos beneficiários, serão integralizados valores pertinentes ao financiamento participativo





estadual, na proporção mínima de 20% (vinte por cento) do valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros.

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

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

Art. 10. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação



nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

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

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

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

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

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



**ANEXO**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS**

**MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE  
NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)**

A Secretaria Estadual de Saúde de \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênera) de \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, e a Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:

a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:

NOME DA UNIDADE DECUSTÓDIA/ENDEREÇO	PROVISÓRIOS		CONDENADOS A PENA DE PRISÃO		MEDIDAS DE SEGURANÇA		TOTAL	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
<b>TOTAL</b>								

b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia:

ÁREA DE ATUAÇÃO	TOTAL
Médico	
Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental	
Cirurgião Dentista	
Assistente Social	
Psicólogo	
Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	
Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal	
Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista,	



Farmacêutico ou Enfermeiro)	
Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s)referenciada(s)	

Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo o serviço a ser habilitado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.(Local e data)

Secretaria Estadual de Saúde

Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)

Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)