Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Justiça
Departamento Penitenciário Nacional

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde/ASTEC
Área Técnica de Saúde Mental

RELATÓRIO FINAL
SEMINÁRIO NACIONAL PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Joel Novaes de Jesus

SETEMBRO DE 2002

SEMINÁRIO NACIONAL PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Realizado nos dias 11 e 12 de julho de 2002, na Escola Nacional de Administração Pública / ENAP – Brasília/DF.

Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Escola Nacional de Administração Pública – Brasília, D.F.

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
Área Técnica de Saúde Mental

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Justiça
Departamento Penitenciário Nacional

Brasil. Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico : Relatório Final. Brasília, setembro de 2002. xxp.

1.saúde mental, tendências. 2. Ministério da Saúde , Ministério da Justiça. 3. Manicômio Judiciário, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Impresso na Gráfica do Ministério da Saúde.

SUMÁRIO

1. Apresentação 6

2. Os objetivos do Seminário 7

3. Programação 8

4. Metodologia 10

5. Propostas aprovadas pela Plenária 11

5.1. Grupo de Trabalho 01 11

5.2. Grupo de Trabalho 02 13

5.3. Grupo de Trabalho 03 17

5.4. Agenda dos Estados 20

5.5. Outras propostas aprovadas em Plenária 22

6. Considerações Finais 23

7. Posfácio 24

8. Anexos 27

SEMINÁRIO NACIONAL PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Promoção

Ministério da Justiça

Ministério da Saúde

Organização

Ministério da Justiça – Departamento Penitenciário Nacional

Ministério da Saúde – SAS / Área Técnica de Saúde Mental

Coordenadores

Pedro Gabriel Godinho Delgado/MS

Ângelo Roncalli de Ramos Barros/MJ

Organizadores

Cristina Hoffmann

Karime Pôrto

Kátia Regina Sardinha Silva

Maria Cláudia Pires Capuano

Renata Weber

Coordenadores de Grupos de Trabalho

Augusto César de Farias

Tânia Kolker

Tânia Marchewka

1. APRESENTAÇÃO

O Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é resultado de um esforço interinstitucional. Realizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o seminário foi concebido e orientado pela compreensão de que somente a co-responsabilização e o diálogo entre os vários atores envolvidos na problemática da inimputabilidade e da medida de segurança, poderia estabelecer diretrizes e consensos para a reorientação dos Hospitais de Custódia.

A lei federal 10.216, as propostas aprovadas no Seminário Nacional "Direito à Saúde Mental", assim como as propostas aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental já apontavam para a necessidade da realização de um Seminário para discussão da temática da medida de segurança – discussão até então pouco aprofundada na reforma psiquiátrica brasileira. A publicação da Portaria 628 em abril de 2002 representou, no entanto, um ato fundamental para a organização interministerial de um Seminário Nacional.

Trata-se, afinal, de uma portaria formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que pela primeira vez, aprovando o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhece a população confinada em presídios e manicômios judiciários como uma clientela sob responsabilidade também da área da saúde.

Fruto de inúmeros esforços interinstitucionais e intersetoriais, a Portaria 628, além de prever ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, prevê a implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país. Tornou-se então urgente para os Ministérios da Justiça e da Saúde, a reunião em Seminário de diversos atores, individuais e coletivos, para a produção democrática de consensos técnicos acerca da medida de segurança, da assistência em saúde mental ao louco infrator e da integração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica.

Em rara oportunidade, o Seminário reuniu diretores de Hospitais de Custódia, Coordenadores Estaduais e Municipais de Saúde Mental, Peritos, Técnicos da Justiça e da Saúde, teóricos e estudantes, responsáveis pela formulação e aprovação em plenária das diretrizes para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

As diretrizes aqui estabelecidas iniciam uma nova etapa na reforma psiquiátrica. Tornou-se consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Trata-se, sem dúvida, de um passo importante para a consolidação da reforma e para a garantia dos direitos destas pessoas. Permanece, no entanto, o desafio do fortalecimento da rede de atenção extra-hospitalar e da capacitação dos profissionais da saúde e da justiça para o redirecionamento da assistência ao louco infrator.

O Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estabeleceu a abertura de um diálogo fundamental. A manutenção destas trocas entre saúde e justiça, assim como a conquista de outros importantes parceiros serão de extrema importância para a consolidação das propostas aqui apresentadas.

2. OS OBJETIVOS DO SEMINÁRIO

Foram objetivos do Seminário para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico :

- Promover a articulação entre direção e coordenação clínica dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e destes com os Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e as áreas Técnicas do DEPEN/MJ.

- Produzir avaliação inicial das condições de funcionamento dos programas terapêuticos, da integração dos HCTP com as Varas de Execução e com as Áreas da Saúde e Assistência Social.

- Discutir e propor formas de integração dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica.

- Avaliar os Programas existentes de reintegração social dos pacientes em medida de segurança e estabelecer consensos técnicos para a implementação de programas permanentes de reintegração social.

- Propor ações no sentido do cumprimento da portaria Interministerial 628, de 02 de abril de 2002, estabelecendo cronogramas de execução e de avaliação dos programas.

- Discutir e criar Comissão Técnica destinada a propor, no que for possível, mudanças na Lei de Execuções Penais em tramitação no Congresso Nacional.

- Discutir e propor instrumentos ou formas permanentes de articulação, supervisão técnica e avaliação dos programas terapêuticos desenvolvidos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

3. PROGRAMAÇÃO

Dia 11 de julho

- **9:00h – Abertura**

Renilson Rehem – Secretário de Assistência à Saúde/MS
Cláudio Duarte * – Secretário de Políticas de Saúde /MS
Sônia Barros – Diretora da ASTEC/SAS
Ângelo Roncali – Diretor do Depen / MJ

- **9:30 h – Comunicação de Abertura : O Problema do Atendimento ao Louco Infrator – Objetivos deste seminário.**

Pedro Gabriel Delgado – Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental / MS

- **10:15 h - Café**

- **10:00 h – Mesa Redonda : Situação Institucional do Louco Infrator no Brasil**

Coordenador : Cláudio Cohen (USP)

Palestrantes :

Ângelo Roncali (DEPEN/MJ) - Os HCTP e sua articulação com o MJ e as Secretarias Estaduais de Justiça

Cristina Hoffmann (ATSM/MS) - Achados preliminares de levantamento sobre o perfil dos HCTP do país

Maria Tereza Donatti * (TJRJ)– Medida de Segurança e Execução Penal : limites e alternativas no cenário normativo atual

Talvane Moraes (UFRJ)– Inimputabilidade, Medida de Segurança e Periculosidade : o que diz a norma e o que pode ser alterado – papel do psiquiatra e do profissional de saúde.

- **14:00 h – Mesa Redonda : Tornando Terapêutica a Medida de Segurança : relato de experiências significativas de reintegração social do louco infrator.**

Coordenador : Ana Maria Carvalho (HCTP/PE)

Palestrantes :

Tânia Kolker (SEJ/RJ): A Experiência dos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro

Fernanda Otoni (TJMG): O programa PAI-PJ, de Minas Gerais

Esther de Oliveira (MPPE): Atuação do Ministério Público de Pernambuco no acompanhamento de internos e egressos do HCTP

- **15:45 h - Café**
- **16:00 h – Grupos de Trabalho**

Dia 12 de julho

- **9:00 h – Mesa Redonda : Por novos Paradigmas Jurídicos e Assistenciais no atendimento ao louco infrator**

Coordenador : Cristiano Otávio Paixão (UnB)

Tânia Marchewka (MPDFT) – Medida de Segurança : origem, mecânica atual e transformações possíveis

Humberto Jacques * (MPF) – Responsabilidade Penal e Cidadania : o papel do MP na defesa dos direitos do doente mental infrator

Pedro Gabriel Delgado (MS) - Consensos Mínimos para uma política de Atenção integral ao doente mental infrator

- **11:00 h – Grupos de Trabalho**
- **12:30 h – Almoço**
- **14:00 h – Grupos de Trabalho**
- **15:45 h - Café**
- **16:00 h – Sessão Plenária Final**

* Não puderam participar, por impedimentos de última hora.

4. METODOLOGIA

O Seminário foi estruturado de maneira a contemplar a reflexão e discussão das seguintes temáticas :

- Diagnóstico e definição do problema : situação institucional do louco infrator no Brasil.
- Experiências significativas de reintegração social do louco infrator.
- Paradigmas Jurídicos e assistenciais no atendimento ao louco infrator.

Para tanto, foram instaladas mesas redondas, seguidas pela instalação de três grupos de trabalho e plenária final. Para cada grupo de trabalho foi designado um coordenador e um relator, este último, responsável pela consolidação das propostas do grupo para apresentação na plenária final.

Para cada grupo de trabalho, foram oferecidos os seguintes temas para discussão e formulação de propostas :

- Diagnóstico da situação : perfil dos pacientes, capacidade operacional dos programas de reintegração social existentes, articulação com a VEP e a rede de saúde.

- Como implantar programas permanentes de Reintegração Social junto aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ?

- Como implantar formas permanentes de articulação, supervisão técnica e avaliação dos programas terapêuticos desenvolvidos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ?

- Indicar três nomes para participar de Comissão Técnica destinada a propor, no que for possível, mudanças na Lei de Execuções Penais em tramitação no Congresso Nacional.

- Construir agenda, para cada estado, para elaboração, junto às Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário.

Para a discussão do último item, foram instalados novos grupos de trabalho, desta vez organizados por regiões da federação, para que fosse possível a construção das agendas estaduais para a elaboração do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário.

5 . PROPOSTAS APROVADAS PELA PLENÁRIA

5.1. GRUPO DE TRABALHO 01

01- Quanto ao perfil dos pacientes submetidos à medida de segurança :

Considerando que as informações quanto ao perfil das pessoas em medida de segurança, internadas ou não, inexistem, na sua maioria, em todos os estados, o grupo resolve propor:

1 - Que seja criado um padrão de cadastro em rede nacional, visando a estruturação de um banco de dados que registre dados identificadores pessoais e familiares assim como dados clínicos, psiquiátricos, sociais e jurídicos (delito/crime, tempo, situação atual do processo). Que o banco de dados possibilite um estudo para viabilizar e instrumentalizar as equipes de criação e implantação de projetos no sistema penitenciário, bem como favorecer a integração e a agilidade de troca de informações entre as unidades federativas.

02- Quanto à implantação de Programas Terapêuticos e de Reintegração :

1- Que os Programas Permanentes de Reintegração Social a serem implantados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, meta constante do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, sejam concebidos por equipes interdisciplinares e intersetoriais, compostas por profissionais das áreas da saúde, justiça, educação, trabalho e assistência social, visando a incorporação das pessoas submetidas à medida de segurança na rede de cuidados do SUS.

2- Que seja realizada capacitação nas regiões federais, voltada para os Promotores de Justiça de Defesa da Cidadania e/ ou Saúde e para os Coordenadores de Saúde Mental dos estados e municípios, sobre a regulamentação da lei 10.216, direitos humanos e direito à saúde mental.

3- Que os estados da federação promovam seminários para articulação e sensibilização dos setores da justiça, execução penal, segurança pública, saúde, assistência social, educação e trabalho para a urgência da implantação dos Programas Permanentes de Reintegração Social dos pacientes em medida de segurança, articulados a rede de atenção à saúde do SUS.

4- Que o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde priorizem a celebração de convênios que tenham como objeto ações voltadas para a pesquisa e implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social, visando a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

03- Quanto à avaliação dos programas :

1- Que sejam realizadas vistorias, ainda no ano de 2002, em todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, através do PNASH, por uma equipe composta pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Secretaria de Estado da Justiça e/ou Segurança Pública, Ministério Público, Tribunal de Justiça (Vara de Execuções Penais/Criminais) e controle social, com a finalidade de se conhecer e direcionar a assistência prestada por estas instituições.

04 – Quanto à indicação de nomes para a Comissão Técnica:

O grupo indica os seguintes nomes para a participação na Comissão Técnica :

- Pedro Gabriel Godinho Delgado
- Ricardo Assis
- Fernanda Otoni de Barros

5.2. GRUPO DE TRABALHO 02

1 - **Quanto ao diagnóstico da situação, perfil dos pacientes, capacidade operacional dos programas de reintegração social existentes, articulação com a VEP e a rede de saúde:**

Tendo considerado as experiências relatadas pelos representantes de diversos estados, o grupo resolve propor :

1. Que sejam adotadas as *saídas terapêuticas* pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e que estas sejam baseadas em parecer de equipe técnica multiprofissional.
2. Retirar da Lei de Execução Penal a desinternação condicionada.
3. Tornar a internação compulsória cada vez mais uma exceção - o tratamento deve ser feito na rede de serviços substitutivos.
4. Que os técnicos da área de saúde mental sejam consultados pelos juízes a respeito da medida terapêutica cabível para cada caso.
5. Utilizar mais o Ministério Público na cobrança da agilização dos processos de cada paciente.
6. Que exista articulação entre a equipe técnica de saúde mental dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico com os juízes da Vara de Execuções Penais, para desenvolver um trabalho de melhor atendimento ao paciente.
7. Que o tempo que os pacientes estejam em atividade terapêutica seja contado para diminuição da medida de segurança.
8. Fazer uma recomendação ao Ministério da Justiça para impedir a construção de novos Hospitais de Custódia ou ampliação dos já existentes.
9. Transferir o recurso advindo do processo de desinternação das pessoas dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para a implantação de residências terapêuticas;
10. Que seja adotado um novo modelo de organização terapêutica pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico que, garanta a continuidade de atendimento para a reintegração social do paciente.

11. Que seja adotado, em âmbito nacional, um projeto de humanização dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, que institua casas de passagem para desinternação progressiva, estabelecendo vínculos com a sociedade.
12. Criar um modelo assistencial comum para os estados onde esteja garantido o atendimento contínuo da pessoa.
13. Promover Fórum Intersetorial para discussão dos Programas Permanentes de Reintegração Social, trabalhando com a questão do estigma de louco.

2- Como implantar formas permanentes de articulação, supervisão técnica e avaliação dos programas terapêuticos desenvolvidos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico?

1. Articular o HCTP com a rede pública de saúde mental.
2. Articular as diferentes redes de atendimento existentes: justiça, assistência social e saúde.

3- Como implantar formas permanentes de articulação, supervisão técnica e avaliação dos programas terapêuticos desenvolvidos pelos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ?

1. Adaptar o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) para aplicar em Hospitais de Custódia.
2. Realizar Seminário de Capacitação Multidisciplinar, com fins de supervisão técnica, e construção de projetos clínicos e jurídicos para casos considerados emblemáticos, com vistas à desospitalização e inserção das pessoas em medida de segurança na rede pública de assistência em saúde mental.
3. Realizar Curso Introdutório para os profissionais da rede assistencial, articulado à rede pública de assistência e aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sobre Saúde Mental e Direito, com o objetivo de proporcionar interação entre as áreas e preparação para a segunda etapa de supervisão técnica.

4. Criar grupo multidisciplinar responsável pela composição do conteúdo programático e carga horária para os seminários introdutórios para os cursos de capacitação.
5. Agendar reunião de articulação entre a Coordenação de Saúde Mental dos Estados, Municípios e Distrito Federal, técnicos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Vara de Execuções Penais, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil, Conselhos Comunitários, e outros órgãos importantes no desenvolvimento dos trabalhos.
6. Nos Estados, Municípios e Distrito Federal, onde existam manicômios judiciários, as condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a lei 10216.
7. Regulamentar a internação compulsória inserida no artigo 9º da Lei 10.216, de 2001, estabelecendo a necessidade de indicação da internação por equipe multidisciplinar, evitando assim interpretação literal do referido artigo 9º pelo juiz, o que seria contrário aos objetivos da referida Lei.
8. Elaborar portaria interministerial que normatize os consensos estabelecidos a partir da plenária final produzida neste Seminário.
9. Promover a articulação dos órgãos da execução penal com os Conselhos da Comunidade de apoio à execução penal e os patronatos, para a adoção da nova perspectiva de tratamento terapêutico aos segurados, que poderia ser feita através de uma orientação do Ministério da Justiça e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.
10. Que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sejam reorientados, atendendo a um modelo de tratamento psiquiátrico adequado à reforma psiquiátrica (espaço adequado, projeto terapêutico, equipe multidisciplinar, oficinas, licenças para saídas, educação e formação profissional).
11. Implementar política orçamentária, junto ao Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, que garanta atenção em saúde mental, centrada na reabilitação psicossocial, nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, garantindo assim que a verba

gasta com cada interno seja estendida aos serviços substitutivos de reabilitação psicossocial.

12. Mobilizar os meios de comunicação para estabelecer plena divulgação do redirecionamento da saúde mental nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
13. Articular políticas e mediação para agenciar recursos para suporte aos egressos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
14. Garantir ao interno acesso a educação, formação profissional e inserção no mercado de trabalho.

3 - Indicar três nomes para a participar de Comissão Técnica destinada a propor, no que for possível, mudanças na Lei de Execuções Penais em tramitação no Congresso Nacional:

- Fernanda Otoni de Barros;
- Humberto Jacques de Medeiros;
- Pedro Gabriel Delgado;
- Tânia Nava Marchewka.

5.3 GRUPO DE TRABALHO 03

1. Imediata suspensão da construção de novos manicômios judiciários.
2. Nos Estados onde existem manicômios judiciários, as condições mínimas de funcionamento devem se adequar às normas do SUS, com as mesmas regras para os hospitais psiquiátricos públicos ou credenciados ao SUS, direcionadas no sentido da humanização, desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para regime aberto.
3. Substituição da medida de segurança por medida de tratamento;
4. Reafirmar que medida de segurança é tratamento e que o tratamento é direito do cidadão. Definição de projetos terapêuticos que garantam que o tratamento possa ser feito no menor tempo possível. Quando feito em manicômio judiciário, o tratamento deve ser voltado para a reinserção dos pacientes nos serviços de saúde mental comunitários.
5. Que os princípios e propósitos da Reforma Psiquiátrica sejam os ordenadores de superação do modelo manicomial judiciário.
6. Sensibilização do judiciário a respeito da inconstitucionalidade da medida de segurança e da reinternação sem novo delito e sobre a excepcionalidade da reincidência do louco infrator.
7. Fim dos exames de cessação de periculosidade.
8. Que os Ministérios da Saúde e da Justiça implantem e/ou implementem a PT Interministerial 628, conduzindo assim à inserção da política de saúde penitenciária no SUS.
9. Criação de grupos de trabalho intersetoriais para acompanhamento, supervisão técnica e avaliação dos projetos terapêuticos dos HCTP que estejam vinculados à Reforma Psiquiátrica, organização de Direitos Humanos, Conselhos Profissionais e Ministério Público.
10. Realização de seminários regionais intersetoriais;
11. Fim da desinternação condicional.
12. Que a conversão de tratamento ambulatorial em internação ocorra somente sob critérios clínicos.

13. Responsabilização dos serviços territoriais junto à equipe dos manicômios judiciários, para a inserção dos pacientes nos serviços de saúde mental de sua comunidade.
14. Nos Estados onde não existem manicômios judiciários, os pacientes devem ser tratados na rede SUS de saúde.
15. Após a desinternação, o paciente deverá ser assistido nos serviços extra-hospitalares de sua comunidade.
16. Que os Ministérios da Saúde e da Justiça criem um grupo de trabalho para a produção de material pedagógico para informar o campo do judiciário e da saúde de novas possibilidades de intervenção junto aos portadores de transtornos mentais infratores.
17. Realização de um seminário nacional com MP, MS, MJ e STF e juízes de execução, para debater as novas intervenções.
18. Elaboração de campanha publicitária em conjunto com MS/MJ para sensibilizar a população na desconstrução do estigma da periculosidade do portador de transtorno mental.
19. Extensão do PNASH aos manicômios judiciários.
20. Diretriz geral de desinstitucionalização dos manicômios judiciários na direção de sua superação, através da universalização do cumprimento da medida de segurança em regime aberto na rede de serviços de saúde mental do SUS.
21. Criação de um programa de desospitalização para a população interna dos manicômios judiciários, com a criação de serviços residenciais terapêuticos, através do envolvimento dos gestores locais.
22. Criação de indicadores de estrutura, de processo e resultados e/ou impacto em relação à implantação e/ou implementação da PT 628.
23. Articulação interinstitucional permanente das áreas da saúde, justiça e direitos humanos, por meio de um grupo técnico composto pelas três esferas governamentais.
24. Ampliar as atribuições e composição dos grupos técnicos previstos na PT 799 para vistoriar os HCTP.
25. Realizar um diagnóstico situacional dos manicômios judiciários utilizando-se de:

A – parâmetros de avaliação do PNASH;

B – estudo sócio-demográfico de cada paciente;

C – estudo das condições de cada família;

D – mapeamento da rede de apoio existente (sociais, sanitárias, jurídicas);

E – ambiente físico e de circulação existente;

F – garantia de que os trabalhadores e pacientes participem deste diagnóstico;

G – plano de assistência, na direção da reforma psiquiátrica;

H – projeto terapêutico individualizado.

26. Realizar Seminário Nacional para discutir e questionar, intersetorialmente, a atual conversão, para os incursos na lei 6368/76, de tratamento em medida de segurança nos manicômios judiciários.

- **Indicar três nomes para participar de Comissão Técnica destinada a propor, no que for possível, mudanças na Lei de Execuções Penais em tramitação no Congresso Nacional :**

- Fernando Fidelis
- Tânia Kolker
- Marcus Vinicius de Oliveira Silva

5.4 AGENDA DOS ESTADOS

5.4.1 – REGIÃO NORDESTE

Etapas da Agenda :

1 . Formar comissão paritária através de representantes da SES, SMS, SJ ou de Segurança ou de Defesa (já formaram : BA, AL, MA e PE).

2. Elaboração do Termo de Adesão com assinatura conjunta dos Secretários de Saúde e da Justiça (já elaboraram : AL e PE).

3. Elaboração do Plano Estadual (já elaboraram : AL. Em elaboração : MA e PE).

4. Aprovação do Plano pelo CES (já aprovado : AL).

5. Formação de um GT composto de : SES, COSEMS, SJ, CDH, CES e Conselho Penitenciário, se houver. (nenhum estado cumpriu esta etapa ainda).

6. Firmar Termo de Compromisso entre os Secretários de Estado da Saúde e da Justiça (nenhum estado cumpriu esta etapa ainda).

7 . Elaboração do Plano Operativo (nenhum estado cumpriu esta etapa ainda).

5.4.2 – REGIÕES NORTE E CENTRO-OESTE

Hospitais de Custódia que deram início ao processo de implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário :

GO : 1- Reunião SES/SESP
2 – Visitas à agência prisional
3 – Reuniões para escrever plano (redes de referência)

MT : 1 - Reuniões das áreas técnicas
2 – Levantamento da situação do sistema penitenciário
3 - proposta de serviço diário em psiquiatria com capacitação

DF.: 1 – Reunião com o Secretário de Saúde
2 – Proposta de criação de comissão.

PA.: Tem serviço de saúde mental (Centro Psiquiátrico) no Hospital Penitenciário. Há uma programação de saúde mental de acordo com a portaria 628.

MS.: A Secretaria de Saúde não se dispôs até o momento a implementar a portaria.

RR.: Tomou conhecimento da portaria agora.

Recomendações :

1. Que o tratamento seja realizado fora da estrutura prisional, apontando para a rede de saúde e que esse tipo de tratamento seja adotado para estabelecer as diretrizes do trabalho nos estados.

2. Que os estados que não iniciaram o processo usem como base os estados que já o iniciaram.

5.4.3 - REGIÕES SUL E SUDESTE

1) Realização de Seminários Regionais para a Sensibilização sobre a reorientação na atenção ao louco infrator.

Diretrizes e Agenda :

1) Vistorias para estabelecer diagnóstico situacional de forma descentralizada, ou seja, Secretarias de Saúde junto com Secretarias de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Tribunal de Justiça (Varas de Execução Penal) e Movimentos sociais.

2) Adequação dos HCTP às normas do SUS.

5.5 OUTRAS PROPOSTAS APROVADAS EM PLENÁRIA

1. O Seminário se posiciona contra a construção de novos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e contra a ampliação dos Hospitais de Custódia já existentes.
2. Que todos os nomes propostos pelos grupos de trabalho passem a compor a Comissão Técnica destinada a propor mudanças na Lei de Execuções Penais, sendo permitida a inclusão de outros nomes, quando relevantes para as discussões.
3. Registro da ausência no Seminário da Coordenação de Saúde Mental do Distrito Federal e de membros da Secretaria de Segurança Pública do D.F.
4. O Seminário se posiciona pela paralização das obras de construção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico na localidade de Americano, no município de Santa Isabel, Estado do Pará.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico produziu, em dois dias de intenso trabalho, diretrizes da maior importância para o avanço na crítica e discussão da problemática da inimputabilidade, da medida de tratamento e da assistência ao louco infrator. As propostas aprovadas em plenária marcaram o início de uma nova etapa nas relações entre justiça e saúde e os resultados do Seminário, apresentados aqui na forma de um Relatório Final, serão instrumentos importantes para orientação dos Estados e Municípios em relação às novas práticas, aqui consensuadas, na assistência ao louco infrator.

Produtos não menos importantes do Seminário Nacional para a Reorientação dos HCTP's foram os debates das mesas redondas, as reflexões nos grupos de trabalho e as conversas e discussões próprias de um evento deste porte. Entre as idéias debatidas nestes espaços, o argumento da inconstitucionalidade da medida de segurança foi seguramente o mais arrebatador – talvez por revelar as razões de uma sensação, compartilhada pelos participantes do Seminário, de que há algo essencialmente injusto na aplicação da medida de tratamento.

Nestas discussões, as noções de que a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais no cuidado ao louco infrator. A Comissão Técnica constituída pelo Seminário para propor mudanças na Lei de Execuções Penais (LEP) certamente não será o único fórum dedicado a esta questão. O produto mais importante do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, na verdade, talvez ainda esteja por vir: o amplo debate do problema nos estados, em fóruns intersetoriais. È um consenso do Seminário que assim se darão os primeiros passos para a mudança.

7. POSFÁCIO

Do Representante do Ministério da Justiça :

Inclusão dos pacientes mentais infratores nos programas de Saúde e Reintegração

Ângelo Roncalli de Ramos Barros

O Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em julho passado, reuniu profissionais de saúde e justiça, estudiosos e estudantes. Significou um passo importante na discussão do instituto da medida de segurança, equivocadamente tratado apenas como uma questão da justiça e não de saúde mental.

Nesse contexto, o Departamento Penitenciário Nacional, responsável pela execução da Política Criminal e Penitenciária do País, se alia à Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, aos responsáveis pela custódia dos loucos infratores, na construção de programas permanentes de reintegração social desses pacientes. É preciso que se cuide para que os loucos infratores não sejam excluídos dos programas de saúde que integram o Programa Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário.

O Departamento Penitenciário Nacional se compromete a estabelecer canal permanente de discussão com a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com as Coordenações Estaduais de Saúde Mental e com os Diretores dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do País, na definição de uma política para o tratamento dos loucos infratores. Nesse sentido, dará seguimento às medidas aprovadas no seminário.

Do representante do Ministério da Saúde:

Reforma psiquiátrica e atendimento ao paciente infrator: o feito e o por fazer

Pedro Gabriel Delgado

A reunião, durante dois dias, de diretores de hospitais de custódia e profissionais de saúde e da justiça, atendendo a convocação dos dois ministérios implicados no tema, representa, simbolicamente, a superação de um impasse: o enorme distanciamento entre as áreas de saúde e da justiça no que respeita ao paciente psiquiátrico infrator. Podemos considerar inaugurado um novo tempo, no qual a cooperação sistemática entre os HCTP, varas de execução penal e a área de saúde mental do SUS passa a ser a diretriz adotada pelas instituições governamentais. O primeiro esforço deve ser o de integração e comunicação entre as duas áreas, em benefício do paciente. Pode-se dizer que, a partir de agora, passa a ser assegurado o direito ao tratamento no SUS para os pacientes psiquiátricos atualmente sob cuidado exclusivamente da justiça.

Sabemos que os conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade devem ser submetidos a uma crítica sistemática, buscando sua superação no plano teórico e nas suas conseqüências práticas. Não é tarefa simples, nem para pouco tempo. Porém, os poderosos dispositivos institucionais sustentados em tais conceitos, especialmente os HCTP e seu modelo de tratamento-custódia, devem submeter-se imediatamente a um processo de profunda reformulação. Algumas etapas já podem ser cumpridas :

1. a direção dos HCTP´s e as coordenações de saúde mental do estado e do município onde se localizam devem constituir uma instância de discussão regular dos casos clínico-institucionais, de modo que o tratamento de todos os pacientes sob medida de segurança passem a ser responsabilidade compartilhada do sistema penitenciário e do SUS;

2. deve ser organizado um Programa de Acompanhamento de Egressos, conduzido pelo HCTP e secretaria de saúde, que evite as reinternações, e garanta o atendimento ambulatorial em serviços de saúde mental da rede do SUS;
3. um censo clínico-social dos internos deve ser realizado em cada HCTP, para servir de base à formulação de projetos terapêuticos específicos, na perspectiva da alta e reintegração social;
4. com base nas situações clínicas reais, devem ser organizadas reuniões técnicas com a Vara de Execuções Penais e com as equipes de serviço social, psicologia e outras, da área da justiça;
5. deve ser convocada, para início imediato dos trabalhos, a Comissão Técnica indicada por este Seminário para propor, no que for possível, mudanças na Lei de Execuções Penais em Tramitação no Congresso Nacional.

Algumas experiências apresentadas e debatidas no Seminário – como a do PAI-PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais – vêm demonstrando que é possível o atendimento do paciente mental infrator fora dos HCTP, em serviços de atenção diária ou ambulatórios. Este deve ser um objetivo a se perseguir, no rumo da superação e substituição progressiva destes estabelecimentos.

Ao todo, nos 19 HCTP´s brasileiros, estão internados cerca de 4.000 pacientes. É necessário desenvolver ações eficazes para a desinternação bem conduzida dos internos, e também para evitar a internação de novos casos, negociando permanentemente com as Varas de Execuções Penais o tratamento ambulatorial dos pacientes sob medida de segurança.

Finalmente, no cenário dos manicômios judiciários em nosso país, a parcela de pacientes internados por problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas vem aumentando sistematicamente. É uma questão grave a ser enfrentada, que aponta, principalmente, para a necessidade de mudança na legislação sobre drogas, e também para a grave lacuna ainda existente na saúde pública, quanto a serviços e programas para atendimento a estes pacientes.

8. ANEXOS

8.1 – PARTICIPANTES DO SEMINÁRIO

Ana Maria de Carvalho Bezerra	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Pernambuco
Ana Paula de Aquino	Tribunal de Justiça do D.F. e Territórios
Ana Tereza Nabuco Queiroz da Cruz	Secretaria de Estado da Justiça - Manicômio Judiciário de Sergipe
Anagisa de Araújo Costa	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
Anaton Albernoz de Oliveira	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho - RJ
Ângelo Roncalli de Ramos Barros	Departamento Penitenciário Nacional/MJ
Antônio Miranda Chaves Pedrosa	Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes - Itaitinga, CE
Augusto César de Farias Costa	NESP/CEAM/Universidade de Brasília
Áurea Assis Lambert	Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul
Carlos Leopoldo B. U. de Castro	Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania de Alagoas / CPJ
Cássio Castellarin	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
Cristina Hoffmann	Área Técnica de Saúde Mental/MS
Cynara Maria Lopes Carlos Dantas	Secretaria de Estado da Saúde Rio Grande do Norte
Daniela Gomes de Souza	Tribunal de Justiça do D.F. e Territórios
Dilma Castro Costa	Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso
Elisa Midori Okamura	Ministério Público do D. F. e Territórios
Ester de Oliveira Correa	Ministério Público de Pernambuco
Fernanda Nogueira	Coordenação Nacional DST/AIDS - Unidade de Prevenção - MS
Fernanda Otoni de Barros	Tribunal de Justiça de Minas Gerais - Programa PAI-PJ
Fernando Antônio Pedrosa Fidelis	Secretaria Municipal de Saúde de Maceió
Fernando Fransolin Peres	SSP Paraná - Complexo Médico-Penal
Gustavo Navarro de Oliveira	Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba
Heleni Barreira do Ceará	Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
Ivan Pinto Arantes	Complexo Médico Penal (PR)
José Carlos Pascotto da Costa	HCTP Henrique Roxo - Niterói, RJ
Juliana Garcia Pacheco	INVERSO - ONG em Saúde Mental/Brasília
Karime Pôrto	Área Técnica de Saúde Mental/MS
Kátia Regina Sardinha Silva	Departamento Penitenciário Nacional/MJ
Luiz Carlos Llafont Coronel	Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso - Porto Alegre/RS
Luiz Manoel D'Almeida Flores	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
Mabel Del Socorro Cala de Rodriguez	Secretaria de Estado da Saúde GO
Maika Arno Roeder	Secretaria de Estado da Saúde SC
Márcia Bevilacqua	Departamento Psiquiátrico II - Franco da Rocha
Marcos Francisco de Souza	Tribunal de Justiça do D.F. e Territórios
Marcus Vinícius De O. Silva	Conselho Federal de Psicologia
Marden Marques Soares Filho	TJDFT/ Vara de Execuções Criminais
Maria Cláudia Pires Capuano	Departamento Penitenciário Nacional/MJ
Maria Cristina Fernandes Ferreira	DAB/SPS/Ministério da Saúde
Maria Cristina Ventura Couto	Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
Maria da Conceição Teixeira da Silva	Secretaria de Estado da Saúde Roraima
Maria da Glória Ferreira	Secretaria de Estado da Saúde Pará
Maria das Graças Martins de Castro	Secretaria de Estado da Saúde Maranhão
Maria do Amparo de Castro	Secretaria de Estado da Saúde Piaui
Maria Gorete G. Selan	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Maria Sirene Cordioli	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de ´Santa Catarina
Maristela Gomes Pinheiro	Secretaria Municipal de Saúde de Natal
Marta Elizabeth de Souza	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
Merval marques Figueiredo Junior	Secretaria de Estado da Saúde São Paulo
Miriam Aboud-yd	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
Míriam Thaís Guterres Dias	Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

Moema Britto	Ministério da Saúde
Olga Susana Camuela Ferreira	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará
Paulo Barreto Guimarães	Hospital de Custódia e Tratamento do Estado da Bahia
Pedro Gabriel Godinho Delgado	Área Técnica de Saúde Mental/MS
Ralf Silveira Discacciati	Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz - Barbacena, MG
Renata Weber	Área Técnica de Saúde Mental/MS
Renilson Rehem de Souza	Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
Ricardo Assis Alves	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
Rodolfo Valentim do Nascimento	Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA
Ronaldo Lopes de Albuquerque	Centro Psiquiátrico Judiciário - Alagoas
Sálvio José Rodrigues	HCTP de Florianópolis - SC
Sandra cacilda de Oliveira Barros Nascimento	Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania/Manicômio Judiciário SE
Sebastião Vidigal	Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz - Barbacena, MG
Simone Ladeira de Assis Republicano	TJDFT/ Vara de Execuções Criminais
Sônia Barros	Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde
Talvane Marins de Moraes	Instituto de Psiquiatria da UFRJ - IPUB
Tânia Kolker	Secretaria de Justiça - RJ
Tânia Marchewka	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
Umberto Ferreira	Secretaria de Estado da Saúde GO
Warner de Mello Martins	TJDFT/ Vara de Execuções Criminais

8.2 - GRUPO DE TRABALHO 01

Coordenador : Augusto César de Farias
Relatores : Éster Correia – PE e Fernando Peres – HCTP PR

Ana Tereza Nabuco – HCTP SE
Anaton de Oliveira – HCTP RJ
Cristina Ventura – RJ
Dilma Costa – MS
Éster Correia – PE
Fernando Peres – HCTP PR
Luiz Manoel Flores – ES
Marden Marques – TJDFT
Maria das Graças Martins – MA
Maria do Amparo – PI
Maristela Pinheiro – RN
Miriam Aboud – Yd
Olga Ferreira – HCTP PA
Paulo Guimarães – HCTP BA
Ricardo Alves – MG
Ronaldo Lopes – HCTP AL
Simone Republicano – TJDF
Wainer de Melo – TJDFT
Renata Weber – MS
Maria da Glória Ferreira - PA

8.3 - GRUPO DE TRABALHO 02

Coordenadora : Tânia Marchewka
Relatora : Elisa Okamura – MPDFT

Ana Maria de Carvalho - HCTP PE
Anagisa costa – AL
Elisa Okamura – MPDFT
Fernanda Otoni – TJMG
Gustavo Navarro – HCTP PB
Heleni Barreira – CE
Luiz Carlos Coronel – HCTP RS
Márcia Bevilacqua – HCTP SP
Marcos Francisco de Souza – TJDFT
Maria Cristina Ferreira – DST AIDS
Maria Goretti – ANVISA
Maria Sirene – HCTP SC
Marta Elisabeth – MG
Merval Marques – SP
Moema Brito – MS
Renata Dornelles – DF
Sálvio Rodrigues – HCTP SC
Sebastião Vidigal – HCTP MG
Simone Franco – MG
Rodolfo Valentim – PA
Talvane de Moraes – RJ
Cristina Hoffmann - MS

8.4 – GRUPO DE TRABALHO 03

Coordenadora : Tânia Kolker
Relator : Fernando Fidelis – AL

Ana Paula de Aquino – TJDFT
Antônio Miranda Chaves – HCTP CE
Áurea Lambert – MT
Carlos B. V. de Castro – HCTP AL
Cássio Castellarin – CNPCP
Cynara Dantas – RN
Daniela de Souza – TJDFT
Fernando Fidelis – AL
Ivan Arantes – HCTP PR
José Carlos da Costa - HCTP RJ
Mabel Rodrigues – GO
Maika Arno – SC
Marcus Vinicius de Oliveira Silva – CFP
Maria da Conceição Teixeira – RR
Miriam Dias – RS
Ralf Discacciati – HCTP MG
Sandra Cacilda Nascimento – HCTP SE
Umberto Ferreira – GO
Karime Porto - MS

8.5 – RELATÓRIO III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

PROPOSTAS RELATIVAS À DIREITOS CIVIS, SOCIAIS, DIREITOS DOS USUSÁRIOS PRIVADOS DE LIBERDADE (INCLUÍNDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

4. Direitos civis e sociais: mudanças na legislação civil e penal

O debate e a revisão dos artigos dos códigos civil e penal que digam respeito às pessoas acometidas por sofrimento psíquico devem ser promovido em todo o território nacional, no sentido de:

437. Adequar a Previdência Social e o Código Civil à Lei n.º 10.216/2001, de modo a suprimir expressões como "loucos de todo o gênero", assegurando ao portador de sofrimento mental uma legislação que o reconheça como sujeito de direitos.

438. Combater a concepção do Código Civil segundo a qual "Os loucos de todo gênero são considerados absolutamente incapazes para a vida civil". Questionar, portanto, a interdição dos direitos civis do portador de sofrimento mental em todas as instâncias.

439. Lutar para que seja eliminada do Código Penal a exigência de exame psiquiátrico para presos.

440. Fomentar uma revisão dos critérios de interdição do código civil, privilegiando a vontade e autonomia do sujeito e o caráter temporário da medida, propondo que o processo de interdição constitua-se como uma "curatela parcial ", a ser permanentemente reavaliado, podendo ser revertido.

441. Propor a alteração do código penal brasileiro no sentido de excluir o conceito de "presunção de periculosidade" do portador de sofrimento mental infrator, sendo-lhe garantindo o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

442. Garantir a modificação da lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de álcool e outras drogas, garantindo o acesso ao tratamento.

443. Incluir, na legislação que proíbe a venda de bebida alcoólica a menores de 18 anos, a obrigatoriedade de informar, na publicidade, sobre os efeitos adversos do consumo de álcool e os riscos do seu uso para condução de veículos.

444. Instar as entidades legislativas a que formulem normas para todos os tipos de instituições que prestam atenção em saúde mental.

445. Desenvolver esforços para que haja a descriminalização do uso de drogas.

446. Garantir, através de regulamentação por lei municipal, a manutenção dos serviços de saúde mental já existentes, que trabalham de acordo com as normas do SUS, independente da troca de governo.

5. Direitos dos usuários privados da liberdade

A Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

453. Condenar a reclusão em Manicômio Judiciário, buscando formas de garantir o direito do usuário à responsabilidade, à assistência e à reinserção social.

454. Condenar a adoção, no Brasil, da Justiça Terapêutica.

455. Garantir acesso, aos usuários privados da liberdade (medidas de segurança), à perícia e à reinserção social.

456. Criar em todas as Varas Criminais um programa integrado para acompanhamento a pacientes *subjudice*.

457. Garantir a revisão dos processos de portadores de transtornos mentais que estejam cumprindo pena por medida de segurança em delegacias, presídios e manicômios judiciários, para que seja garantido a estes tratamento adequado, seguindo as orientações da Reforma Psiquiátrica.

458. Garantir tratamento humanizado (exercício da sexualidade, acesso ao lazer, combate ao estigma), prevendo licenças de saídas periódicas para o portador de transtorno mental interno em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, para facilitar sua reinserção na família e na sociedade.

459. Propor que o Ministério da Saúde promova uma articulação efetiva com os Ministérios Públicos estaduais, através de convênios, a fim de sensibilizá-los para a condição de cidadão do portador de transtorno mental grave e persistente, de forma a agilizar a revisão dos processos de curatela.

460. Garantir o direito à assistência à saúde mental e à reinserção social dos portadores de transtornos mentais internados nos manicômios judiciários.

461. Incluir avaliação da equipe de saúde mental sobre a procedência e validade técnica dos encaminhamentos de pena alternativa para o usuário de álcool e outras drogas, antes da promulgação da sentença.

462. Questionar o tratamento jurisdicional dado ao portador de sofrimento mental infrator, condenando firmemente, em todas as instâncias e em cada caso, a sua reclusão nos manicômios judiciários ou

através de medidas de segurança nos hospitais psiquiátricos, buscando formas de garantir seu direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, e discutindo a superação do conceito de inimputabilidade.

463. Garantir que a criança e adolescente do sistema judiciário, pacientes portadores de HIV com transtorno mental, usuários de drogas e deficientes mentais sejam incluídos nas políticas de saúde mental, e garantir que tais políticas sejam efetivadas.

493. Garantir que os médicos registrem, nos prontuários clínicos e laudos periciais realizados em portadores de transtornos mentais, as lesões observadas, em conformidade com o código de ética, como já se procede em casos de tortura e violência de gênero e contra crianças e adolescentes.

494. Cobrar do Poder Judiciário a proibição de veiculação de mensagens pejorativas e discriminatórias sobre indivíduos portadores de transtorno mental.

495. Garantir e facilitar o acesso para obtenção de documentos, para exercício da cidadania, aos portadores de sofrimento mental.

496. Garantir aos usuários de saúde mental o direito de usarem suas próprios roupas e objetos pessoais durante o período de internação hospitalar.

497. Divulgar os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental e as leis, decretos e portarias que regulamentam a assistência de saúde mental e outras informações junto aos trabalhadores de saúde, usuários e comunidade, com recursos dos conselhos municipais, estaduais e nacional da saúde.

498. Garantir assessoria e assistência jurídica pública e gratuita aos usuários de saúde mental, objetivando a defesa de seus direitos de cidadania, articulando parcerias entre os serviços de saúde mental, Ordem dos Advogados do Brasil, comissões de Direitos Humanos, curadorias e ouvidorias, bem como as organizações não-governamentais defensoras dos direitos humanos, na defesa também do direito ao trabalho e da proteção aos direitos das vítimas de violência institucional.

499. Garantir que o Ministério Público acompanhe todos os casos de apropriação indevida da renda dos usuários, por parte de familiares, responsáveis ou outros.

500. Garantir que todo usuário tenha direito a uma representação gratuita em caso de incapacidade civil.

8.6 - LEI FEDERAL 10.216, DE 06/04/2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1o Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de

ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra
Roberto Brant

8.7 – PORTARIA INTERMINISTERIAL 628, DE 02 DE ABRIL DE 2002-08-13

Os Ministros de Estado da Saúde e 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 estão expostos grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios 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;
- as recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, bem como apoiar a implementação e avaliar o desenvolvimento das ações e serviços estabelecidos, **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, componentes da assistência de média complexidade 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 de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos;

VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o seu respectivo plano estadual e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gerência das ações e serviços.

§ 1º. A gestão do Plano ora aprovado será de responsabilidade da respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º O processo de credenciamento dos ambulatórios de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, a ser definido no plano estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º Para o desenvolvimento do Plano respectivo, 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 as Secretarias Estaduais de Justiça 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 O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (federal e estadual).

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário no valor de R$105,00 per capita/ano, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a R$75,00 per capita/ano e ao Ministério da Justiça o correspondente a R$ 30,00 per capita/ano.

§ 1º 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.

§ 2º Os recursos do Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados

§ 3º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça serão repassados às Secretarias Estaduais de Saúde as quais farão a transferência, se for o caso e dependendo da pactuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Art. 6º O Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Parágrafo único. 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. 7º As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo as 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.

Art. 8º As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário, após a formalização do Termo de Adesão citado no Art. 10 desta Portaria, poderão ser credenciadas junto ao SUS.

Art. 9º 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 500 presos.

§ 2º os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão dessa equipe mínima.

§ 3º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 10 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO II desta Portaria.

Art. 11 Determinar à Secretaria de Políticas de Saúde e à Secretaria de Assistência à Saúde que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Barjas Negri **Aloysio Nunes Ferreira Filho**

ANEXO I da Portaria Interministerial N.º , de de abril de 2002

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 executora 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.

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 os 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 alcoolismo).

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 supra-gengival 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 o Grupo 7 do anexo 3 A da Noas/MS:

- atendimento médico de urgência com observação até 24 horas
- 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
- capacitação de pessoas presas para atuarem como agentes multiplicadores
- 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
- diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos
- atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos
- desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

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;

3.2. Referências para média e alta complexidade

As referências para a assistência de média e alta complexidade, inclusive o apoio diagnóstico, deverão estar explicitadas nos planos estaduais de acordo com o processo de pactuação da Noas/MS.

3.3. Programa de imunizações

As coordenações estaduais 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 dereferência 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 pré-natal; parto; puerpério; anticoncepção; controle do câncer cérvico-uterino e de mama; e doenças sexualmente transmissíveis;
- garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino 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 em100% 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;
- criação de estruturas intermediárias que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos, segundo reorientação do modelo de atenção nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto à 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial voltados aos servidores prisionais 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:

- cobertura mínima de 70% dos presos, inclusive aqueles em regime de reclusão de menores, para cada produto do esquema básico;
- cobertura mínima de 70% dos recursos humanos que trabalham no sistema penitenciário, para cada produto do esquema básico;
- vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;
- vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais;
- vacinação de 60% das pessoas presas.

Exames laboratoriais:

- garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Meta:

- 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 o 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;

• 10% das pessoas presas atuando como agentes multiplicadores de saúde;

• 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.

Meta:

• 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 - Banco de Informações sobre Condições de Salubridade dos Presídios e dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional

A alimentação desse Banco deverá ocorrer semestralmente, mediante o preenchimento de formulário específico por parte de cada unidade prisional e envio para o Ministério da Justiça. (Anexo 3).

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.

A aplicação de recursos específicos para o cadastramento deverá ser objeto de repactuação entre as SES e os municípios sede das unidades prisionais.

5.3. 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. .

5.4. Sistema Informatizado de Medicamentos de Aids (Siclom/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.
d) 10% 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.

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 1 e 2.

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 Artigo 5º da desta Portaria Interministerial.

A transferência desses recursos se dará de acordo com regulamentação do MS e se somam a outros repasses que porventura estejam sendo feitos, bem como de serviços e recursos humanos já operantes no sistema prisional, que poderão constituir a contrapartida das Secretarias Estaduais de Saúde e da Justiça.

As ações de média e alta complexidade, as de assistência ao parto e puerpério, as de custeio de exames para diagnóstico e medicamentos para DST e de alto custo deverão ser objeto de pactuação entre os gestores municipal e estadual, visando o estabelecimento de fluxos de referência e programação físico-financeira no SUS.

8.2. Gestão e gerência

8.2.1. Da gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais

a) A gerência poderá ser exercida pelos órgãos do sistema penitenciário quando esses serviços forem próprios.

b) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, quando lhe couber a prestação desses serviços.
c) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Estadual de Saúde quando lhe couber a prestação desses serviços.
d) A gerência poderá ser exercida por organizações da sociedade civil credenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.2. Da gestão do Plano

A gestão deste Plano é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.3. Da vigilância sanitária e epidemiológica

a) Caberá ao município, qualquer que seja a sua forma de habilitação, desenvolver as ações básicas de vigilância sanitária, obedecendo normalização da Anvisa, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.
b) As ações básicas de vigilância epidemiológica terão início a partir da equipe de saúde das unidades prisionais e incorporar-se-ão à rotina estabelecida pelo SUS.

8.2.4. Do controle social

Os Conselhos Estaduais de Saúde deverão acompanhar as atividades desenvolvidas, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça.

8.3. Competências

Ministério da Saúde

- 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.
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária
- Organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça.
- Gestão deste Plano em âmbito federal.

Ministério da Justiça

- Co-financiamento das ações de promoção da saúde da população penitenciária, bem como daquelas compreendidas no nível da atenção básica, especializada e hospitalar.
- Financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos.
- Participação na organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Secretarias Estaduais de Saúde

- Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais.
- Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária.
- Elaboração e gestão do plano estadual.
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondente

- Adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos.
- Participação na elaboração do plano estadual.
- Execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gestão.
- Contratação e ou complementação salarial das equipes de atenção básica atuantes nas penitenciárias.
- Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Municipais de Saúde

- Contratação e controle dos serviços de referência sob a sua gestão para atendimento da população penitenciária.
- Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

9. Critérios para a adesão

- Apresentação do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ao Conselho Estadual de Saúde.
- Assinatura do Termo de Adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

7.6 - HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO PAÍS :

1. Hospital de Custódia de Manaus
   Av. Sete de Setembro, 2130, Centro. – Manaus, AM
   Tel.: (92) 2152765

2. Manicômio Judiciário de Sergipe
   Rua Argentina, 421, Bairro América – Aracaju, SE
   Direção : Sandra Cacilda de Oliveira Barros Nascimento
   Tel.: (79) 2591997
   Fone/Fax : (79) 2591997

3. Hospital de Custódia e Tratamento
   Av. Afrânio Peixoto s/nº, Baixa do Fiscal – Salvador, BA
   Direção : Paulo Barreto Guimarães
   Tel.: (71) 3120092
   Fone/Fax.: (71) 3125336

4. Hospital de Tratamento Psiquiátrico Prof. André Teixeira Lima
   Rodovia Luiz Salomão Chama, Km 43, Vila Ramos – Franco da Rocha, S.P.
   Direção : Odete Maria Vieira
   Tel/Fax.: (11) 44495533

5. Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso
   Av. Bento Gonçalves, nº 2850 Partenon – Porto Alegre, RS
   Direção : Luiz Carlos Illafont Coronel
   Tel.: (51) 33367701
   Fone/Fax: (51) 33368512

6. Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz
   Rua Dr. Epna s/nº - Barbacena, MG.
   Tel.: (32) 33321065

7. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho
   Rua Frei Caneca nº 401, Fundos – Rio de Janeiro. R.J.
   Direção : Anaton Albernaz de Oliveira
   Tel.: (21) 22938791
   Fone/Fax :(21) 33991384

8. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo
   Rua Heitor Carrilho, s/nº - Niterói, R.J.
   Direção : José Carlos Pascotto da Costa
   Tel.: (21) 26212883
   Fone/Fax: (21) 27178389

9. Hospital Psiquiátrico Penal Roberto de Medeiros
   Estrada Emílio Maurel, nº 1902 – Bangu, R.J.

Tel.: (21) 24052704

10. Hospital de Custódia e Tratamento
    Rua Iguatu s/nº, Potengi – Natal – RN

11. Complexo Médico Penal
    Av. Ivone Pimentel s/nº, Canguri – Pinhais – PR
    Direção : Ivan Pinto Arantes
    Tel.:

12. Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho Suruagy
    BR 104, Km 14, Tabuleiro Martins - Maceió - AL
    Tel.: (82) 3151092

13. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Franco da Rocha II
    Rodovia Luiz Salomão Chama, KM 45, Vila Ramos – Franco da Rocha – SP
    Direção : Marisa Fernandes da Hora
    Tel.: (11) 48115087
    Fone/Fax: (11) 48115027

14. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Dr. Arnaldo Amado Ferreira
    Av. Marechal Deodoro, 746 – Taubaté - SP.
    Direção : José Ismael Pedrosa
    Tel.: (12) 2212022
    Fone/fax: (12) 2212135

15. Instituto de Psiquiatria Forense
    Av. Pedro II, nº 1826, Bairro Torre - PB
    Direção : Gustavo Navarro de Oliveira
    Tel.:

16. Instituto Psiquiátrico Governador Stênio Gomes
    BR 116, Km 17 - Pedras – CE
    Direção : Antônio Miranda Chaves Pedrosa
    Fone/Fax : (85) 2751544

17. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
    Rodovia José Sette s/nº, Roça Velha – Cariacica

18. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
    Rua Delminda Silveira s/nº, Bairro Agronômica – Florianópolis – SC
    Direção : Sálvio José Rodrigues
    Fone/fax : (48) 3330335 / 3331535

19. Hospital de Custódia e Tratamento de Pernambuco
    Direção : Ana Maria de Carvalho Bezerra
    Tel.: (81) 35481305