



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

ANEXO IV

Saúde no Sistema Prisional



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 04, de 23 de novembro de 2005.

Edita o Manual de Atendimento em Situações Especiais – GREVE DE FOME.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA – CNPCP, Dr. Antônio Cláudio Mariz de Oliveira, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista manifestação unânime do Conselho na reunião ordinária realizada aos vinte e dois dias do mês de novembro do ano de 2005, na cidade de Brasília;

CONSIDERANDO os trabalhos realizados pela Comissão coordenada pelo Dr. Edison Jose Biondi, Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, e pelo Dr. Jorge Luiz Fialho dos Santos – Coordenador de Saúde SEAP/RJ, com a participação da equipe técnica composta pela Dra. Andréa Telles Rosa, Enfermeira, Diretora da Divisão de Programas Especiais SEAP/RJ; Dra. Claudia Vieitas Duarte, Enfermeira; Dr. Itauan Espínola, Médico e Diretor da Divisão de Ambulatórios SEAP/RJ; Dr. Jairo Queiroz da Silva, Enfermeiro e Diretor da Divisão de Enfermagem SEAP/RJ; e Dr. Jorge de Souza Gomes, Biólogo e Diretor da Divisão de Assistência e Tratamento em Dependência Química SEAP/RJ; e considerando a necessidade de estabelecer Diretrizes para o enfrentamento das greves de fome ocorrentes nas unidades penais do país,

Resolve:

Art. 1º - Editar o presente Manual de Atendimento em Situações Especiais – GREVE DE FOME, como diretriz básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA
Presidente do CNPCP

Publicada no DOU nº 230, de 01/12/2005, Seção 1 – p. 28.

Manual de Atendimento em Situações Especiais
“Greve de Fome”

b. Introdução

A greve de fome ou recusa voluntária de alimentos é geralmente usada para conseguir um objetivo político ou outro de manipulação social. Greves de fome são conhecidas desde o tempo dos Romanos. Na última década, a greve de fome foi usada por prisioneiros de todo o mundo com os mais variados fins, melhoria das condições de prisão, denúncia de abusos de direitos humanos, entre outros. A greve de fome não é utilizada somente por prisioneiros. Como instrumento de publicidade negativa em relação aos indivíduos ou instituições de poder, vem ocorrendo cada vez mais entre os ativistas políticos, ecologistas, trabalhadores, profissionais liberais e estudantes.

A tática da greve de fome consiste em sensibilizar a opinião pública, pessoas e instituições, responsabilizando-as pelos danos físicos e mesmo pela morte do grevista, caso suas demandas não sejam aceitas. Cerca de 67 pessoas morreram em greves de fome em passado recente, um número que não inclui as pessoas que cometeram suicídio,



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

ou se feriram severamente durante a greve. No Brasil, a intensificação do uso das greves de fome como forma de protesto data do período da ditadura militar. Segundo relatos de presos políticos, no livro “Fome de Liberdade”, durante este período foram dezenove as principais greves de fome entre os presos políticos nos diversos estados da federação. Quase todas lograram êxito no atendimento de suas reivindicações.

Mais recentemente, no Rio de Janeiro, grupos organizados de prisioneiros vêm promovendo greves de fome em represália ao rigor disciplinar dos sistemas penitenciários locais, aos maus tratos e às péssimas condições de cumprimento da pena. Avanços tecnológicos tais como a Internet, a televisão a satélite e a cabo, e máquinas de fax mudaram dramaticamente o modo como as informações são disseminadas. Com isto, indivíduos e grupos descontentes podem publicar suas causas a um grau sem precedente até agora. Consequentemente, é bem provável que greves de fome se tornem cada vez mais comuns. No Sistema Penitenciário Brasileiro, a sistematização do atendimento à saúde da população carcerária, representada pelo Plano Nacional de Saúde Penitenciária, estabelece as normas de funcionamento em situações normais, não entrando na seara das chamadas “Situações Especiais”.

Greves de fome, rebeliões e assemelhados carecem de uma padronização do atendimento, que crie condições para que a saúde da população a ser atendida se mantenha, levando-se em consideração todas as questões próprias dos Sistemas Prisionais.

O presente Manual tem por objetivo apresentar uma diretriz mínima, padronizada, para atendimento em situação de greve de fome para todo o Sistema Penitenciário Brasileiro.

2. Aspectos Legais

Constituição Brasileira:

“Título II

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Capítulo I

Dos direitos e deveres individuais e coletivos

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes ...:

II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;”

Código Penal (Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940):

“Art. 135 – Deixar de prestar assistência, quando é possível fazê-lo sem risco pessoal, a criança abandonada ou extraviada, ou a pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o auxílio da autoridade pública: Pena – detenção de um a seis meses, ou multa de trezentos cruzeiros a dois mil cruzeiros.

Parágrafo único – A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 146 – Constranger alguém, mediante violência, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda. Pena – detenção de três meses a um ano ou multa de quinhentos cruzeiros a cinco mil cruzeiros (...).

Parágrafo 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

I – A intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida. (...)

Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88, D.O.U de 26.01.88):

“É vedado ao médico:

Art. 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Art. 51 – Alimentar compulsoriamente qualquer pessoa em greve de fome que for considerada capaz, física e mentalmente, de fazer juízo perfeito das possíveis cometidas de sua atitude. Em tais casos, deve o médico fazê-la ciente das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de perigo de vida, comê-la.

Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico tratamento a seu alcance em favor do paciente.”

Código de Ética do Profissional Psicólogo (Resolução CFP nº 002/87 de 15 de agosto de 1987):

“Princípios Fundamentais:

I – O Psicólogo baseará o seu trabalho no respeito à dignidade e integridade do ser humano.

II – O Psicólogo trabalhará visando promover o bem-estar do indivíduo e da comunidade, bem como a descoberta de métodos e práticas que possibilitem a consecução deste objetivo.”

Código de Ética do Assistente Social (Resoluções CFSS nº 290/94 e nº 293/94 – DOU de 30.03.93)

“Das relações com os Usuários

Art 5 – São deveres do Assistente Social nas suas relações com os usuários

b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e cometidas das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código.

Art 6 – É vedado ao Assistente Social

b) exercer sua atividade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses.”

Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 160, de 04 de agosto de 1998):

“Dos Deveres:

Art – 27 Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre a sua pessoa e seu bem estar.

Das Proibições

Art – 44 Participar de tratamento sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art – 49 Executar a Assistência de Enfermagem sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.”

O direito à vida e à liberdade está garantido, entre outro, como princípio constitucional fundamental.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

A liberdade, juridicamente protegida, permite a um indivíduo exercer a própria vontade dentro de um limite que não interfira na liberdade de outras pessoas ou com a exigência de uma ordem pública ou de um bem social.

A liberdade, entretanto, encontra limites no direito à vida. Trata-se de proteger um bem maior. Segundo as palavras de Genival Veloso de França, titular de Medicina Legal da UFPB:

“Sacrifica-se um bem – a liberdade, para salvar um outro, de maior interesse e significação que é a vida, da qual ninguém pode dispor incondicionalmente, pois a reclama outro titular de direito – a sociedade, para a qual o indivíduo não é apenas uma unidade demográfica, mas sobretudo um imensurável valor social e político.”

Na proteção do direito à vida, o Código Penal Brasileiro abre uma das exceções ao constrangimento ilegal. Uma pessoa que corra risco iminente de morte perde o direito de decidir sobre seu tratamento, ficando a cargo da equipe de saúde a conduta a ser adotada. Seguindo esta diretriz, os códigos de ética dos profissionais de saúde em geral respeitam o direito do paciente de decidir seu tratamento, ou mesmo sua recusa, até o momento em que a intervenção médica seja urgente, necessária e inadiável para a manutenção da vida.

No caso das greves de fome, a liberdade do detento de recusar alimentação deve ser respeitada. O atendimento pela equipe de saúde deve ser garantido com a periodicidade necessária. As cometidas desta decisão devem ser esclarecidas a cada avaliação pela equipe de saúde. Em respeito à sua liberdade constitucional, o interno não pode ter seu atendimento condicionado à suspensão da greve de fome ou ser de alguma forma coagido a interrompê-la. Todas as intervenções a serem realizadas pela equipe devem ser consentidas pelo paciente, salvo nos casos em que haja perigo de morte iminente. Nestes, a decisão técnica é soberana, a fim de preservar-lhe a vida.

3. Recomendações Internacionais

DECLARAÇÃO DE MALTA

SOBRE PESSOAS EM GREVE DE FOME

(Adotada pela 43ª Assembléia Médica Mundial Malta, de novembro de 1991, e revisada pela 44ª Assembléia Médica Mundial, em Marbella, de setembro de 1992)

PREÂMBULO

1. Ao médico que trata os grevistas de fome são colocadas as seguintes recomendações:

1.1. Há uma obrigação moral em todo ser humano de respeitar a santidade de vida. Isto é especialmente evidente no caso de um médico que exercita suas atividades para salvar a vida e também na condução em favor dos melhores interesses dos pacientes (beneficência).

1.2. É dever do médico respeitar a autonomia que o paciente tem como pessoa. O médico requer consentimento informado dos seus pacientes antes de praticar suas atividades em favor deles mesmo para os ajudar, a menos que surja uma circunstâncias de emergência, na qual o médico tenha de agir em favor dos maiores interesses do paciente.

2. Este conflito é aparente quando um grevista de fome que emitiu instruções claras para não ser ressuscitado em um coma esteja a ponto de morrer. A obrigação moral é de que o médico trate o paciente, embora isso seja contra os seus desejos. Por outro lado, exige-se também que o médico respeite até certo ponto a autonomia do paciente.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

2.1 A atuação em favor da intervenção pode comprometer a autonomia que o paciente tem sobre si.

2.2 A atuação em favor da não assistência pode resultar em uma situação em que o médico tenha de enfrentar a tragédia de uma morte evitável.

3. Diz-se que uma relação médico-paciente está existindo sempre que o médico estiver assistindo, em virtude da obrigação que ele tem de atender o paciente, exercendo suas atividades para qualquer pessoa, seja isto na forma de conselho ou tratamento.

Esta relação pode existir mesmo que o paciente não tenha consentido certas formas de tratamento ou intervenção.

Uma vez que o médico concorde em assistir a um grevista de fome, essa pessoa se torna seu paciente. Isto traz todas as implicações e responsabilidades inerentes à relação médico-paciente, inclusive consentimento e confiança.

4. A última decisão de intervenção ou não-intervenção deve partir do próprio indivíduo, sem a intervenção de terceiros simpatizantes cujo interesse principal não é o bem-estar do paciente. Porém, o médico deve dizer claramente ao paciente se ele aceita ou não aquela decisão de recusar tratamento ou, no caso de coma, a alimentação artificial, arriscando-se assim a morrer. Se o médico não aceita a decisão do paciente de recusar tal ajuda, o paciente seria autorizado a ser assistido por outro médico.

DIRETRIZES PARA A ADMINISTRAÇÃO DE GREVISTAS DE FOME

Levando em conta que a profissão médica considera que o princípio da santidade de vida é fundamental para a sua prática, são recomendadas aos médicos que tratam dos grevistas de fome as diretrizes práticas a seguir elencadas:

b. DEFINIÇÃO

O grevista de fome é uma pessoa mentalmente capaz que decidiu entrar em uma greve de fome e recusou tomar líquidos e/ou alimentos por um intervalo significativo.

2. ITINERÁRIO ÉTICO

2.1. O médico deve ter a história médica detalhada do paciente quando possível.

2.2. O médico deve levar a cabo um exame completo do paciente em greve de fome.

2.3. Os médicos ou outros profissionais de saúde não devem exercer pressão imprópria de qualquer tipo ao grevista de fome para suspender a greve. O tratamento ou os cuidados em favor do grevista de fome não devem ser condicionado à suspensão da greve de fome que ele vem fazendo.

2.4. O grevista de fome deve ser profissionalmente informado pelo médico das cometidas clínicas de uma greve de fome, e de qualquer perigo específico para o seu caso particular. Uma decisão informada só pode ser tomada na base de comunicação clara. O intérprete pode ser usado se ele indicar.

2.5. Se um grevista de fome desejar ter uma segunda opinião médica, isto deve ser concedido. Se um grevista de fome preferir continuar seu tratamento pelo segundo médico, isto também deve ser permitido. No caso de o grevista ser prisioneiro, isto deve ser permitido depois de consulta e permissão do médico designado pela prisão.

2.6. No tratamento de infecções é aconselhável que o paciente aumente a ingestão de líquidos (ou aceite soluções salinas intravenosas), o que é cometidas à aceito pelo grevista de fome. Uma recusa para aceitar tal intervenção não deve prejudicar qualquer outro aspecto do cuidado de saúde do paciente. Qualquer tratamento administrado ao paciente deve ser feito com sua aprovação.

3. INSTRUÇÕES CLARAS



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

O médico deverá averiguar diariamente se o paciente deseja continuar com a greve de fome. O médico também deve averiguar diariamente quais os desejos do paciente com respeito ao tratamento caso fique impossibilitado de tomar uma decisão consciente. Estes achados devem registrar-se nos prontuários e mantidos confidencialmente.

4. ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

Quando o grevista de fome estiver confuso ou impossibilitado de tomar uma decisão incólume ou entrar em estado de coma, o médico estará livre para tomar uma decisão a favor do tratamento adicional que considere ser do melhor interesse do paciente e sempre levando em conta a decisão que esse tomou durante a greve de fome e o que consta do preâmbulo desta Declaração.

5. COERÇÃO

Deve ser evitada qualquer ação coercitiva contra o grevista de fome. Isto pode indicar a remoção do grevista da presença do assédio de outros grevistas da sua categoria.

6. A FAMÍLIA

O médico tem a responsabilidade de informar à família do paciente que este entrou numa greve de fome, a menos que isto especificamente seja proibido pelo paciente.

4. Aspectos Biológicos

Os estágios clínicos no jejum total

A recusa de ingerir determinados alimentos causa síndromes desabsortivas, mas nenhuma é igual ao processo de negação total conhecido como greve de fome. No último caso o esvaziamento corporal é um processo de sobrevivência, com pouca entrada de calorias, mas ainda há uma absorção mínima de elementos vitais como vitaminas ou proteínas. É esta entrada que diferencia o jejum total numa situação de greve de fome, somente com ingestão hídrica, como aconteceu com as pessoas que passavam fome nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial.

A morte em caso de jejum total terminal se dá por esvaziamento agudo de tiamina causando uma arritmia fatal e/ou parada cardíaca, aproximadamente dois meses após a interrupção da alimentação.

Como são poucos os casos documentados de “greves de fome” incluindo o “jejum total” verdadeiro, existe escasso material de referência na literatura médica.

O jejum total força o corpo a buscar substitutos de fontes de glicose, essencial para fornecer energia, especialmente para o cérebro. A falta de entrada de calorias interrompe as vias metabólicas normais e mecanismos complexos alternativos entram para substituir a fonte externa de energia. O corpo começa “digerir a si próprio”, destruindo os vários tecidos para ter um constante suplemento de glicose.

Esquemáticamente, são os seguintes os eventos fisiológicos que acontecem durante um jejum total (com absorção somente de água: em torno de 1.5 – 3 litros por dia):

- O glicogênio estocado no fígado e no tecido muscular é a única fonte de energia durante a primeira semana de jejum total.. Reservas de glicogênio são consumidas após 10-14 dias. É neste tempo que os aminoácidos são chamados para fornecerem glicose pelo processo da gliconeogênese.

- O processo da gliconeogênese leva a uma degradação maciça de proteína. Exemplo é o tecido muscular, incluindo como último evento a musculatura do coração.

- Ácidos graxos, provenientes da degradação do tecido adiposo (lipídeos), são metabolizados em cetonas, que fornecem também energia. Esta fase começa cedo durante o jejum, e as cetonas suprimem as dores abdominais pela fome depois de 2-3 dias.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

- A proteína é catabolizada, mas é “poupada” pelo corpo, fornecendo somente 10% da fonte de energia. Quando todas as reservas de lipídeos são gastas, é utilizado o que resta do tecido muscular. Isto leva teoricamente a uma situação catastrófica, mas outras complicações aparecem antes com normalidade.

Perda ponderal:

Perda significativa de peso ocorre bem no início do jejum total, principalmente por causa da perda de líquido induzido pelo glucagon. Este hormônio é capaz de retirar todas as reservas orgânicas e transferi-las para a corrente cometida, a fim de manter os níveis aceitáveis de glicose necessária à manutenção do funcionamento do cérebro.

A monitoração médica é geralmente recomendada a partir de 10% de perda de peso em indivíduos não corpulentos, ou quando um índice de massa corporal de 16.5 é atingido. O Índice de Massa Corporal (IMC) de um indivíduo é o peso do corpo em quilos sob o quadrado da altura em metros. Os valores de IMC são independentes da constituição física ou forma étnica. Acima de 20 corresponde a indivíduo “bem-nutrido”. Abaixo de 16 para homens (15,5 para mulheres) corresponde à subnutrição.

Grandes problemas aparecem quando a perda de peso é em torno de 18-20% do peso inicial.

A primeira semana

- Jejum é geralmente bem suportado, enquanto a entrada de água é suficiente ores abdominais pela fome e cólicas estomacais desaparecem após o 2º - 3º dia

- Depois 15 – 18 dias

- O grevista de fome sofre de tonteira

- O ato de levantar pode ficar difícil ou impossível

- Apresenta:

- Ataxia severa

- Bradicardia

- Hipotensão ortostática

- “Cabeça leve” ou ao contrário “mente lenta”

- Sensação de frio

- Sensação geral de fraqueza

- Ataques de tosse

- Perda da sensação de sede

No final do primeiro mês os sintomas podem ficar suficientemente sérios para necessitar a hospitalização. A hidratação tem que ser monitorada com avaliação criteriosa do balanço hídrico e eletrólitos, pois o suplemento de NaCl em excesso pode levar à hipocalemia.

Entre 35 – 42 dias

Ocorrem:

- Problemas de mobilidade ocular devido à paralisia progressiva dos músculos motores

- Nistagmo incontrolável

- Diplopia .

- Sensação extremamente desagradável de tontura

- Difícil controle do vômito

- Dificuldade extrema de engolir água

- Estrabismo convergente



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Isso foi descrito como a fase mais desagradável pelas pessoas que sobreviveram a um jejum prolongado, e é a fase mais temida por potenciais grevistas de fome.

Uma semana após a fase “ocular”

Logo que a paralisa dos músculos come-motores é total => o nistagmo para e com ele todos os problemas associados (tontura, vomito...)

De 42 dias em diante

O quadro é de:

Astenia progressiva

Torpor

Estado confusional

Estado sonolento

Agnosia

Indiferença para o ambiente

Incoerência do pensamento

Neste estado é impossível avaliar funções intelectuais e concluir/determinar qual é o estado da mente do grevista de fome. Qualquer decisão que deva ser tomada para determinar que o grevista de fome não alcance este estágio deve ser procedida pelo corpo médico, e caso o mesmo alcance esta fase, executar o procedimento médico para reverter o quadro.

À medida que o tempo passa surgem complicações ainda mais severas :

- Perda da audição
- Cegueira (hemorragia na retina)
- Várias formas de hemorragia: gengival, gastro-intestinal, esofagiana.
- O corpo “ com” progressivamente: bradicardia extrema, respiração Cheyne-Stokes, reduzindo toda atividade metabólica.

Entre 45 e 75 dias

A morte acontece por causa de um colapso cardio-vascular e/ou arritmia severa (Principalmente devido à diminuição aguda de tiamina (Vitamina B1) => parada cardíaca sistólica.)

5. Diretrizes para Atendimento em Greves de Fome no Sistema Penitenciário Brasileiro

O início da greve de fome deve ser o mais rapidamente possível notificado pela direção da Unidade Prisional onde ocorra às autoridades de segurança penitenciária estadual. Estas deverão contatar de imediato o setor responsável tecnicamente pela saúde penitenciária e, paralelamente, os serviços de escolta, que deverão ser alertados para o estado de prontidão, caso haja necessidade de atendimento médico fora do ambiente onde a greve ocorra.

A partir da comunicação formal, alguns desdobramentos são possíveis em função da existência ou não de uma rede de atendimento penitenciário organizada.

Onde esta rede existir, a partir do comunicado formal da greve de fome, o setor técnico responsável pelo atendimento à saúde deverá:

Comunicar à equipe de saúde da Unidade Prisional onde a greve ocorre da necessidade de priorizar as avaliações periódicas dos internos grevistas, intervindo com as ações primárias necessárias e encaminhando os demais casos para atendimento hospitalar, conforme o fluxo de atendimento estabelecido por este Manual;

Acionar a direção dos Hospitais Penitenciários para atendimento fora do horário de funcionamento do ambulatório de saúde da Unidade Prisional onde ocorre a greve, e das possíveis intercorrências em todos os horários;



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Acionar os responsáveis pelo serviço de farmácia e almoxarifado, a fim de providenciar insumos que permitam o atendimento adequado aos grevistas.

Caso os recursos disponíveis para a remoção especializada de internos não sejam adequados ou suficientes, parcerias com os serviços estadual e municipal devem ser estabelecidas (p. ex.: Corpo de Bombeiros, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde).

Onde não há rede hospitalar penitenciária, a comunicação pelo setor técnico responsável pelo atendimento à saúde deverá ser feita às autoridades municipais e/ou estaduais (Secretarias estadual e Municipal de Saúde, Corpo de Bombeiros, e demais entidades), para a viabilização da remoção especializada e do atendimento.

Em ambos os casos, a autoridade penitenciária local deve garantir o transporte e a escolta de todos os internos que necessitem de atendimento de saúde fora do horário de funcionamento do ambulatório da Unidade Prisional onde ocorra a greve de fome, e das intercorrências que necessitem de suporte hospitalar, em qualquer horário.

6. Fluxo de Atendimento aos Presos em Greve de Fome

Procedimento:

A. Avaliação

1. Quando há notificação de um preso fazendo uma greve de fome, os Serviços de Saúde vão entrevistar o preso e obter uma avaliação inicial incluindo:

- a. Peso/Altura
- b. TPR e PA
- c. Grau de hidratação
- d. Solicite-se informação sobre a razão da greve de fome
- e. Avaliação do estado de saúde
- f. História de doenças crônicas
- g. Avaliação da saúde mental

2. Normalmente a avaliação inicial deve ser completada dentro de 72 horas após notificação. Se o preso tem um estado patológico crônico pré-existente, a avaliação da assistência deve ser feita dentro de 12-24 horas após notificação.

Se o preso recusa a medicação de sua doença crônica, o médico tem que ser informado para (dar) ordens específicas.

Paciente sadio deve iniciar hidratação oral com soro caseiro (fornecer água, açúcar e sal
Proporção: 1 litro de água + 02 colheres de sopa de açúcar + 02 colheres de chá de sal).
Após 72 horas avaliação dos casos mais graves, iniciando com soro reidratante via oral e ou etapas rápidas de hidratação venosa na dependência da pressão arterial e medições da glicemia capilar. Acrescentando-se conforme a necessidade glicose hipertônica venosa em bolos.

O médico, por respeito ao Código de Ética, deverá sempre comunicar o estado de saúde do interno ao mesmo e orientar sobre as c cometidas à sua saúde caso continue recusando-se a ser alimentado e rechaçar os métodos alternativos para manutenção de seu bem estar físico e mental.

O corpo de saúde deve permanecer em cada unidade prisional no período de expediente normal e, após este horário, se houver qualquer ocorrência com o interno, o mesmo deverá ser encaminhado ao hospital de referência.

2. Baseada nos resultados clínicos da avaliação, a enfermagem deve:

- a) Marcar uma consulta médica com o preso para um exame físico.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

b) Documentar e fornecer informação sobre os efeitos negativos para a saúde causados pela greve de fome e falta de hidratação por períodos de longa duração.

c) Anotar no registro de saúde do preso:

d) Tempo/Data da notificação nos Serviços de Saúde

e) A data da última ingesta de alimento e de líquido pelo preso

Os resultados da avaliação inicial para parâmetro.

As datas das próximas avaliações do médico e da saúde mental.

a) Notificação ao responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde ou Serviços de Emergência estaduais, e à autoridade responsável pelo Sistema Penitenciário.

B. Notificação

1. O responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde deve ser informado no menor tempo possível relativamente ao preso que faz greve de fome acerca dos resultados da avaliação inicial do médico e da saúde mental e das avaliações rotineiras de seu estado de saúde, devendo ser consultado, sempre que necessário, sobre assuntos da assistência ao preso durante a greve de fome.

C. Monitoramento dos presos em greve de fome que ultrapassa 72 horas:

1. Diariamente, avaliar a saúde do preso e anotar os resultados no prontuário de saúde do preso. A avaliação de rotina incluirá:

a. Sinais vitais

b. Peso

c. Balanço hidroeletrolítico e ph

d. Estado mental (grau de orientação e atividade psicomotora)

e. Nível da hidratação (exemplos: hidratação de mucosas e turgor da pele /olho, f. cometidasurinária)

2. Programar a vistoria do preso pelo médico, diariamente, para avaliação clínica por ordem escrita. Estudos laboratoriais serão feitos de acordo com a direção do médico; bioquímica básica (uréia, glicose e creatinina; eletrólitos; sódio; potássio; cálcio e magnésio), sendo repetidos pelo menos a cada semana na conformidade de cada caso. Recusas de estudos de laboratório serão analisadas com o médico.

3. Encaminhar diariamente para o serviço de psicologia e assistência social.

4. Os presos podem permanecer em seu local de detenção a menos que, na opinião do médico ou enfermagem, a condição do interno requeira observação mais direta. Neste caso encaminhar o preso para o hospital de referência. O monitoramento será feito diariamente conforme conduta hospitalar.

5. Quando o preso for internado na rede hospitalar: organizar para que sejam oferecidos ao preso alimento e bebida a cada troca de plantão. Documentar todas as recusas e/ou aceitações de qualquer alimento ou líquido.

6. Internos com patologia crônica (Tuberculose, Diabetes, Hipertensão Arterial, HIV, Epilepsia) deverão ter sua monitorização iniciada desde o primeiro dia de greve.

7. Sempre que for necessária a internação do preso em Hospitais da Rede Penitenciária ou de referência, a Secretaria de Administração Penitenciária, ou aquela responsável pela execução da pena, deverá providenciar a escolta necessária ao deslocamento do preso e cuidar da sua segurança no local.

D. Consulta



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

O responsável técnico pelo Serviço de Saúde Penitenciária e/ou Secretário de Saúde ou seus designados podem ser contatados para uma discussão adicional sobre uma possível intervenção médica.

7. Bibliografia

1. Annas GJ. Hunger Strikes. BMJ 1995; 311:1114-5. [Free Full Text]
2. Frommel D, Gautier M, Questiaux E, Schwarzenberg L. Voluntary Total Fasting: A Challenge for the Medical Community. Lancet 1984:1451-2.
3. Goodman, L. Anciello, D. CECIL. Tratado de Medicina Interna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
4. Johannes Weir Foundation for Health and Human Rights. Assistance in Hunger Strikes: A Manual for Physicians and Other Health Personnel Dealing with Hunger Strikes. Amersfoort: JWFHHR, 1995.
5. Kalk WJ, Felix M, Snoey ER, Veriawa Y. Voluntary Total Fasting in Political Prisoners: Clinical and Biochemical Observations. S Afr Med J 1993; 83:391-4.
6. Keeton GR. Hunger Strikers: Ethical and Management Problems. S Afr MedJ 1993; 83:380-1. [Medline]
7. Kerndt PR, Naughton JL, Driscoll CE, Loxterkamp DA. Fasting: The History, Pathophysiology and Complications. West J Med 1982; 137:379-99.
8. Keys A, Brozek J, Henshel A, Mickelsen O, Longstreet Taylor H. The Biology of Human Starvation. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950.
9. Peel, M. Hunger Strikes: Understanding the Underlying Physiology Will Help Doctors Provide Proper Advice. BMJ Volume 315, 4 Oct 1997: 829-830 (Greve de fome: Entendendo a Fisiologia Subjacente Ajudará a Fornecer Conselhos Adequados para os Médicos)
10. VIANA, Amorim Gilney e CIPRIANO, Perly. Fome de Liberdade. Vitória, Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1992
11. W.B.I.R. Harrison. Tratado de Medicina Interna. 15ª edição. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
12. WMA Hunger Strikes: Learning Objectives; p. 22-24 (Associação Médica do Mundo - Greves de fome).

Coordenação

Edison Jose Biondi

Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

Jorge Luiz Fialho dos Santos

Coordenador de Saúde SEAP/RJ

EQUIPE TÉCNICA

Andréa Telles Rosa

Enfermeira

Diretora da Divisão de Programas Especiais SEAP/RJ

Claudia Vieitas Duarte

Enfermeira.

Itauan Espínola

Médico

Diretor da Divisão de Ambulatórios SEAP/RJ

Jairo Queiroz da Silva

Enfermeiro



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Diretor da Divisão de Enfermagem SEAP/RJ

Jorge de Souza

Biólogo.

Diretor da Divisão de Assistência e Tratamento em Dependência Química SEAP/RJ

RESOLUÇÃO Nº 11, de 07 de dezembro de 2006.

Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA –CNPCP, Dr. Antônio Cláudio Mariz de Oliveira, no uso de suas atribuições legais e regimentais, tendo em vista manifestação unânime do Conselho na reunião ordinária realizada aos 13 e 14 dias do mês de novembro do ano de 2006, na cidade de Brasília; considerando os trabalhos realizados pela Comissão coordenada pelo Dr. Edison Jose Biondi, Superintendente de Saúde SEAP/RJ e Membro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com a participação da Dra. Alexandra Augusta M.M. R. Sanchez, pneumologista, responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose SUPS/SEAP/RJ e pela Dra. Andréa Telles Rosa, enfermeira, ex-diretora da Divisão de Programas Especiais SUPS/SEAP/RJ;

CONSIDERANDO a importância da Política de Atenção à Saúde Penitenciária, normatizada pela Portaria Interministerial Nº 1.777/2003, que institui o Plano Nacional de Saúde Penitenciária;

CONSIDERANDO a importância das atividades de rastreamento e controle da Tuberculose, patologia que figura entre as principais causas de morbimortalidade na população confinada de todo o país, com índices epidemiológicos várias vezes superiores aos da população livre;

CONSIDERANDO que as condições de encarceramento favorecem a transmissão da tuberculose e que elevada frequência cometidas de indivíduos que, ingressam no sistema penitenciário já doente, contribuem para a proliferação da doença intramuros;

CONSIDERANDO que os elevados índices epidemiológicos da tuberculose entre a população confinada coloca em situação de risco as comunidades de origem dos internos e, por extensão, toda a sociedade livre, fortalecendo a cadeia de transmissão por meio do contato com familiares e servidores penitenciários;

CONSIDERANDO a importância da iniciativa da Oficina com Profissionais e Gerentes de Laboratórios para Execução das Atividades do Projeto do Sistema Prisional, e as recomendações contidas em documento enviado ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária;

Resolve recomendar:

Art. 1º. A edição da presente recomendação para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário, como Diretriz Básica deste Conselho, sugerindo a sua mais ampla divulgação em todas as unidades federativas;

Art. 2º. Que as Secretarias Estaduais de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária, ou congêneres devem instituir um Serviço de Transporte específico para o Serviço de Saúde, destinado exclusivamente ao deslocamento de pacientes e materiais



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

biológicos entre as Unidades Prisionais e as Unidades de Saúde e Laboratórios de Referência;

Art. 3º. Que as Secretarias Estaduais de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária, ou congêneres, como forma de otimizar equipamentos e pessoal, devem centralizar a entrada de internos, de maneira a permitir a execução dos exames de saúde admissionais, como parte do previsto pela Lei de Execuções Penais, em seu título II, artigos 5º e 14º. Nos estados de grande extensão territorial, em que as unidades sejam dispersas, recomenda-se a regionalização da entrada dos internos.

Art. 4º. Que, de acordo com as características de cada Unidade Federada, a Secretaria de Estado de Justiça, Segurança, Administração Penitenciária ou congêneres, deve providenciar, junto ao Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), a aquisição, de equipamentos, fixos ou móveis, que permitam a realização de exames admissionais como parte do Protocolo de Entrada no Sistema Penitenciário de cada Estado, contemplando, minimamente, o elenco de Ações previstas no Plano Nacional de Saúde Penitenciária.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANTÔNIO CLÁUDIO MARIZ DE OLIVEIRA
Presidente do CNPCP

Publicada DOU nº 249, de 29/12/2006 --Seção 1, pp. 601- 603.

RECOMENDAÇÕES PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE
ENTRE INGRESSOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1. INTRODUÇÃO

A avaliação de saúde no momento do ingresso no sistema penitenciário, compreendendo o exame para detecção de tuberculose (TB), é realizada como rotina na maioria das prisões dos países industrializados, preconizada em legislação nacional e internacional (Anexo 1) e recomendada pela Organização Mundial de Saúde, (OMS). Apesar de previsto na Lei de Execução Penal (Anexo 1), não é realizado como rotina na maioria das prisões brasileiras.

O controle da TB baseia-se na interrupção da cadeia de transmissão mediante identificação precoce e tratamento adequado dos casos segundo as Normas Técnicas para o Controle da Tuberculose e está contemplado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Em complemento, e considerando as especificidades das prisões, o exame sistemático dos ingressos no sistema penitenciário é uma das ações fundamentais e estratégicas para o controle da TB nesta população.

A TB, por ser doença de transmissão aérea inter-humana, tem sua disseminação facilitada pela aglomeração, má ventilação e falta de iluminação natural, condições presentes em grande parte das unidades penais no país. Por outro lado os detentos são oriundos, em sua maioria, de comunidades desfavorecidas onde a frequência de casos de TB é alta e o acesso ao serviço de saúde muitas vezes difícil. Além disto, a maior frequência de uso de drogas e de infecção pelo HIV, encontrados na população carcerária, favorecem o adoecimento por TB. Podem ainda permanecer por meses ou mesmo anos em delegacias de polícia onde as condições de encarceramento são péssimas e a atenção à saúde deficiente. Este conjunto de fatores explica a frequência de casos de TB entre os ingressos no sistema penitenciário.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Um estudo de detecção de TB, realizado em 2006 com 3.000 ingressos no RJ, tendo como método o screening radiológico, mostra que 3% já chegam no Sistema Penitenciário doentes, e se não forem identificados e tratados prontamente, irão contribuir para a disseminação da TB na unidade prisional onde forem alocados. Ainda segundo este estudo, 1/3 dos ingressos doentes se consideram assintomáticos, o que mostra a necessidade da utilização da radiografia de tórax como método de screening preferencialmente ao método baseado em sintomas. Qualquer que seja o método de screening utilizado, o teste diagnóstico recomendado é a baciloscopia de escarro e, quando indicado, a cultura para o Bacilo de Koch (BK).

Quanto à situação da TB na população já encarcerada, os dados oficiais são escassos e imprecisos para a maioria dos estados brasileiros, mas permitem estimar a gravidade da situação. Embora subestimada, a taxa média de incidência de TB no sistema penitenciário nacional foi, em 2005 de 1.106/100.000, 23 vezes superior à taxa da população geral (48/100.000), segundo informação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Duas teses mostram incidências de TB pulmonar expressivas. Niero, no período de 1976-1980, encontrou taxa de incidência anual média de 1.073 por 100.000 habitantes na extinta Casa de Detenção de São Paulo. Posteriormente, Rozman, na mesma prisão, observou uma taxa de incidência de 2.650 por 100.000. Em Campinas foi observada taxa de incidência de 1.397 por 100.000 em 1994 e 559 por 100.000 em 1999, 18 taxas que, segundo os autores são subestimadas.

Nas prisões do Rio de Janeiro (RJ), a taxa média de incidência da TB obtida a partir de atividades de rotina em 2005 (3.532/100.000) foi 35 vezes superior à taxa global do estado. A gravidade desta situação foi confirmada por estudos de prevalência que mostraram taxas entre 4,6% a 8,6%.

O exame sistemático para a detecção de TB entre os ingressos já é praticado como rotina nas prisões da maioria dos países industrializados e o método de screening mais freqüentemente utilizado é o exame radiológico do tórax.

Face o exposto, torna-se necessário instituir no Brasil, de forma prioritária, o exame sistemático para a detecção de TB, como parte integrante da avaliação de saúde no momento do ingresso no sistema penitenciário, conforme as recomendações nacionais e internacionais.

O método de screening recomendado é o exame radiológico do tórax, que selecionará os indivíduos que serão então submetidos aos testes para diagnóstico (baciloscopia e cultura de escarro).

Como alternativa ao método de screening radiológico, a tosse por 3 semanas ou mais, método de suspeição recomendado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) para população geral, e/ou existência de antecedente de tuberculose poderão ser utilizados nas unidades prisionais consideradas como de baixo risco para tuberculose, segundo os critérios abaixo, adaptado de 4, reconhecendo-se porém, que este método não permite a detecção de proporção considerável dos casos existentes.

- Unidade prisional que não tenha apresentado nenhum caso de tuberculose no ano precedente,
- Unidade prisional que não abrigue número substancial de internos portadores de HIV/AIDS ou usuários de drogas injetáveis,
- Unidade prisional que não abrigue substancial número de indivíduos oriundos de região de média e alta endemicidade para tuberculose



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

A classificação das unidades segundo estes critérios deve ser revista anualmente.

2) Recomendações para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário

- O exame sistemático para detecção de tuberculose em ingressos no sistema penitenciário deve integrar o conjunto de ações desenvolvidas na “Porta de Entrada” do Sistema Penitenciário (Protocolo de Porta de Entrada) que deve incluir também exame médico e atividades de educação em saúde e conscientização, especialmente em HIV/AIDS, DST e tuberculose.

- Deve ser realizado em todas as unidades prisionais pelas quais se dá a entrada do interno no Sistema Penitenciário. A fim de otimizar a utilização de recursos humanos e materiais e facilitar o acesso de todos os ingressos à avaliação de saúde admissional, o número de unidades através das quais se dá a entrada no sistema penitenciário deve ser limitado ao mínimo. Nos estados de grande extensão territorial com disseminação importante das unidades prisionais, recomenda-se a regionalização das unidades de ingresso de presos.

- Como parte do “Protocolo de Porta de Entrada”, a administração da unidade prisional deverá fornecer com a periodicidade e compatibilidade necessárias a relação dos ingressos, e assegurar o comparecimento de todos os ingressos para exame. Cabe ao profissional de saúde certificar-se, mediante verificação da relação fornecida pela administração da unidade prisional, de que 100% dos ingressos no período foram examinados.

- O exame deverá ser realizado no máximo até o 7º dia após a admissão do interno, que deverá ficar alojado em cela específica para ingressos, separada do efetivo da unidade, até o resultado final dos exames.

- O exame deverá consistir em avaliação clínica e radiografia do tórax em incidência postero-anterior, independentemente da existência de sintomas.

- A avaliação clínica para TB deverá constar minimamente de questionário sobre sintomas relacionados à tuberculose, antecedente de tuberculose, de imunodepressão e diabetes.

- As radiografias de tórax serão classificadas em “normal” e “anormal” pelo médico assistente que será treinado para este fim, num período máximo de 48 horas após a realização do exame e o laudo emitido por médico radiologista.

- Os ingressos que apresentarem qualquer anormalidade à radiografia de tórax, seja pulmonar, pleural ou mediastinal, deverão ser isolados e submetidos a baciloscopia de escarro (coleta de duas amostras de escarro em dias consecutivos) e cultura para BK, quando necessário, como método diagnóstico.

- A coleta, acondicionamento e transporte de material biológico deverão seguir as recomendações do Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT).

- Os espécimes clínicos serão encaminhados ao laboratório definido na pactuação entre as secretarias de Justiça ou Administração Penitenciária e as secretarias de Saúde do estado ou município no âmbito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

- Todos os dados clínicos, inclusive o resultado da radiografia de tórax deverão ser anotados no prontuário móvel de saúde do interno que o acompanhará durante todo o seu período de encarceramento.

- Aos ingressos identificados como portadores de tuberculose em atividade deverá ser fornecido, por ocasião do diagnóstico, documento em que conste o diagnóstico, os resultados da baciloscopia de escarro e do RX tórax, assim como, o tratamento



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

preconizado e a data do início e a prevista para o seu término. Este documento servirá de encaminhamento ao serviço de saúde em caso de transferência ou de livramento antes do término do tratamento.

- O teste sorológico para HIV deverá ser oferecido a todos os casos identificados de tuberculose. Os casos com sorologia positiva se beneficiarão de tratamento anti-retroviral segundo as recomendações nacionais do PN DST/AIDS.

- A fim de assegurar o sigilo profissional conforme as normas éticas vigentes, o prontuário móvel de saúde, que deve sempre acompanhar o interno, deve ser acondicionado em envelope lacrado por ocasião de transferências ou deslocamentos.

- Os casos de tuberculose identificados deverão permanecer em celas específicas (LEP, Anexo 1), isolados do restante do efetivo durante os primeiros 20 dias de tratamento.

- O tratamento deverá seguir as recomendações contidas no Manual Técnico para o Controle de Tuberculose do Ministério da Saúde que prevê a tomada diária da medicação supervisionada por profissional de saúde durante todo o tratamento, consulta médica ou de enfermagem e baciloscopia de escarro mensal.

- Os casos de recidiva após abandono tratamento e os casos suspeitos de resistência aos quimioterápicos deverão ser mantidos em celas especiais pelo risco de disseminação de formas resistentes

Registro da informação e vigilância epidemiológica

- Todos os ingressos examinados deverão ter seu nome, RG, nome da mãe, unidade prisional de origem (se pertinente), data do atendimento e conclusão do exame registrados em livro tipo brochura, exclusivo para este fim.

- O resultado dos exames e a conclusão da avaliação deverá ser anotada no prontuário móvel de saúde do interno.

- O acesso às informações de saúde constantes no livro de registro ou no prontuário médico deverá ser restrito aos profissionais de saúde, conforme legislação ética vigente.

- Todos os casos de tuberculose e/ou HIV identificados deverão ser notificados ao Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) em formulário próprio.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Layton MC, Henning KJ, Alexander TA, et al. Universal radiographic screening for tuberculosis among inmates upon admission to jail. *Am J Public Health* 1997; 87:1335-7.

2. Jones T F, Schaffner W. Miniature chest radiograph screening for tuberculosis in jails: a cost-effectiveness analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164:77-81.

3. Aerts A, Hauer B, Wanlin M, Veen J. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10:1215-23.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities. Recommendations from CDC. *MMWR Recommendations and Reports*.2006; 55(RR-09); 1-44.

5. Kolker T (org.) Saúde e direitos humanos nas prisões. Superintendência de Saúde da Secretaria de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

6. World Health Organization. Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers. Geneva: WHO, 2000.

7. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Cadernos de Atenção Básica nº 6 Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 148. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

8. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde, 2003.
9. MacIntyre CR, Kending N, Kummer L et al. Impact of tuberculosis control measures and crowding on the incidence of tuberculosis infection in Maryland prisons. *Clin Infect Dis* 1997;24:1060-7.
10. Beggs CB, Noakes CJ, Sleight PA et al. The transmission of tuberculosis in confined spaces: an analytical review of alternative epidemiological models. *Int J Tub Lung Dis* 2003;7:1015-26.
11. Coninx R, Maher D, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *Br Med J* 2000; 320:440-2.
12. Sanchez A, Diuana V, Camacho L, Larouzé B. A tuberculose nas prisões, uma fatalidade ?/Tuberculosis in prisons, an avoidable calamity ?*Cadernos de Saúde Publica* 2006;22:2510. (editorial).
13. Stansell JD, Murray JF. Pulmonary complications of human immunodeficiency virus (HIV) infection. in Murray JF and Nadel JA eds, *Textbook of Respiratory Medicine*, 2nd ed, WB Saunders, Philadelphia, 1994, pp 2333-67.
14. Braun MM, Truman BI, Maguire B et al. Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmates population. Association with HIV infection. *JAMA* 1989;261: 393-397.
15. Sanchez A, Espinola AB, Pires J et al. High prevalence of pulmonary tuberculosis at entry into Rio de Janeiro state prisons (Brazil) 37th Union World Conference on Lung Health, Paris, October 18-21 2006
16. Niero R. Tuberculose pulmonar em uma prisão. Estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle. São Paulo; 1982. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública-USP].
17. Rozman MA. AIDS e tuberculose na Casa de Detenção de São Paulo. São Paulo. Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina da USP, 1993.
18. Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculosis among city jail inmates in Campinas, São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 3: 194-199.
19. Relatório Técnico Anual do Programa de Controle da Tuberculose. Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro. 2005.
20. Relatório Técnico Anual do Programa de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2005
21. Sanchez A, Massari V, Gerhardt G, Barreto A, Cesconi V, Espinola AB, Biondi E, Larouzé B, Camacho LA. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro: Uma urgência de Saúde publica. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).
22. Sanchez A, Gerhardt G, Natal S, Capone D, Espinola AB, Costa W, Pires J, Barreto A, Biondi E, Larouzé B. Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;9:633-639
23. Fournet N, Sanchez A, Massari V, Penna L, Natal S, Biondi E, Larouzé B. Development and evaluation of tuberculosis screening scores in Brazilian prisons. *Public Health* 2006;120:976-983
24. den Boom S, White NW, van Lill WP et al. An evaluation of symptom and chest radiographic screening in tuberculosis prevalence surveys. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10:876-82.
25. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV, 2004.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

ANEXO I

ASPECTOS LEGAIS

Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos

Organização das Nações Unidas, Genebra 1955

Regra 24

“O médico deve examinar cada recluso o mais depressa possível após sua admissão no estabelecimento penitenciário e em seguida, sempre que necessário, com o objetivo de detectar doenças físicas ou mentais, tomar todas as medidas necessárias para o seu tratamento; separar os reclusos suspeitos de serem portadores de doenças infecciosas ou contagiosas; detectar as doenças físicas ou mentais que possam constituir obstáculos à reinserção dos reclusos, e de determinar a capacidade física de trabalho de cada recluso”.

Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos

Princípio 9- “Os reclusos devem ter acesso aos serviços de saúde existentes no país, sem discriminação nenhuma decorrente do seu estatuto jurídico”

Conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão (Resolução da Assembléia Geral 43/173, de 09 de dezembro de 1988, Organização das Nações Unidas)

Princípio 24- “A pessoa detida ou presa deve beneficiar-se de um exame médico adequado, em prazo tão breve quanto possível após seu ingresso no local de detenção ou prisão; posteriormente deve se beneficiar de cuidados e tratamentos médicos sempre que tal se mostre necessário. Estes cuidados e tratamentos são gratuitos”.

Princípio 29- “O fato da pessoa detida ou presa ser submetida a um exame médico, o nome do médico e o resultado do referido exame devem ser devidamente registrados. O acesso a estes registros deve ser garantido, sendo-o nos termos das normas pertinentes do direito interno”.

Constituição Federal de 1988

Título 2: Dos Direitos e Garantias Fundamentais

Capítulo 1 --Dos Direitos e Deveres individuais e Coletivos

Art 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade

XLIX --é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;”

Lei de Execução Penal

Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984.

Capítulo II: Da Assistência

Seção III --Da Assistência à Saúde

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

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

Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil

(Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994, publicada no Diário Oficial da União de 2 de dezembro de 1994)

Capítulo VII: Dos Serviços de Assistência Sanitária



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Art. 15. “A assistência à saúde do preso é de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico”.

Art. 16. “Para a assistência à saúde, os estabelecimentos penais deverão ser dotados de:

I- enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado e produtos farmacêuticos indispensáveis para intervenção médica ou odontológica de urgência

II --dependência para observação psiquiátrica e cuidados com toxicômanos

III --unidade de isolamento para doenças infecto-contagiosas”.

Art. 18. “O médico, obrigatoriamente, examinará o preso quando do seu ingresso no estabelecimento e posteriormente, se necessário, para:

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, tomando para isto, as medidas necessárias;

II --assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doenças infecto-contagiosas;

III --determinar a capacidade de cada preso para o trabalho;

IV --assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para a reinserção social”.

Portaria interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003

Institui o Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário

Art 1º- “Aprovar o plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante no ANEXO I desta portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.”

§1º As ações e serviços decorrentes deste Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes cometidas que a acometem.

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

V. “a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;”

ANEXO II

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (NOAS/MS)

a) Controle da tuberculose

- busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório,; notificar os casos novos descobertos as ficha de notificação do SINAN);

- tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos os casos diagnosticados; oferecer sorologia para HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro de 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).

Publicada DOU nº 249, de 29/12/2006 --Seção 1, pp. 601- 603.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 30 DE JULHO DE 2010

Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA --CNPCP, Dr. GEDER LUIZ ROCHA GOMES, no uso de suas atribuições legais, previstas no Art. 64, I, Lei nº 7.210/84,

CONSIDERANDO a Lei nº 10.216, de 06 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 os princípios e diretrizes aprovados na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001;

CONSIDERANDO os princípios e diretrizes aprovados na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 27 de junho a 1 de julho de 2010;

CONSIDERANDO a Resolução Nº 5, de 4 de maio de 2004, deste Conselho, que dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001;

CONSIDERANDO a Resolução Nº 113, de 20 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança;

CONSIDERANDO, finalmente, o aprendizado a partir do amadurecimento de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial; resolve:

Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

§ 2º - Devem ser também respeitadas as seguintes orientações:

I --Intersetorialidade como forma de abordagem, buscando o diálogo e a parceria entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil e criando espaços e processos integradores de saberes e poderes;

II --Acompanhamento psicossocial contínuo, realizado pela equipe interdisciplinar que secretaria o transcurso do processo e oferece os recursos necessários para a promoção do tratamento em saúde mental e invenção do laço social possível compartilhando os espaços da cidade, bem como realiza a coleta de subsídios que auxiliem na adequação da medida judicial às condições singulares de tratamento e inserção social;



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

III --Individualização da medida, respeitando as singularidades psíquicas, sociais e biológicas do sujeito, bem como as circunstâncias do delito;

IV --Inserção social, que promove a acessibilidade do sujeito aos seus direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público;

V --Fortalecimento das habilidades e capacidades do sujeito em responder pelo que faz ou deixa de fazer por meio do laço social, através da oferta de recursos simbólicos que viabilizem a r cometidas ãode sua história, produção de sentido e novas respostas na sua relação com o outro;

Art. 2º - A abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários;

I --A União e os Estados devem garantir que o programa específico de atenção ao paciente judiciário tenha extensão em todo o território nacional, podendo contar nos Estados com uma estrutura central e núcleos regionais ou municipais.

Art. 3º - São responsabilidades do programa específico de atenção ao paciente judiciário:

I --promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, visando à elaboração de projeto individualizado de atenção integral;

II --realizar o acompanhamento psicológico, jurídico e social do paciente judiciário usando a rede substitutiva de serviços de saúde mental;

III --manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com:

a) a rede pública de saúde, visando a efetivar a individualização do projeto de atenção integral;

b) a rede social, visando à promoção social do paciente judiciário e à efetivação das políticas públicas pertinentes ao caso;

IV --realizar discussões com peritos criminais nos casos em que houver exame de sanidade mental e cessação de periculosidade, apresentando, em caso de determinação judicial, dados relativos ao acompanhamento do paciente;

V --emitir relatórios e pareceres ao juiz competente sobre o acompanhamento do paciente judiciário nas diversas fases processuais;

VI --sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social;

VII --prestar ao juiz competente as informações clínicosociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário.

Parágrafo único --Para o cumprimento das responsabilidades de que trata este artigo, serão realizadas diligências externas, sempre que necessário.

Art. 4º - Em caso de internação, mediante o laudo médico circunstanciado, deve ela ocorrer na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário.

Parágrafo único --Recomenda-se às autoridades responsáveis que evitem tanto quanto possível a internação em manicômio judiciário.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Art. 5º - O paciente judiciário há longo tempo internado em cumprimento de medida de segurança, ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será encaminhado para política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, conforme previsão no art. 5º da Lei 10.216, de 2001.

Art. 6º - O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.

§ 1º - Será realizado levantamento trimestral de dados estatísticos sobre as medidas de segurança impostas e executadas, de incumbência dos órgãos responsáveis pelos internamentos e tratamentos impostos.

§ 2º - O levantamento a que se refere o parágrafo anterior será realizado por equipe constituída pelo Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Conselho Nacional de Justiça.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GEDER LUIZ ROCHA GOMES
PRESIDENTE DO CNPCP

Publicada no DOU de 02 de agosto de 2010 – Seção 1 – p. 38.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2012

Propõe como diretriz da política criminal a criação de programa de atenção integral aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas nas dependências dos estabelecimentos penais.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL e PENITENCIÁRIA —DR. GEDER LUIZ ROCHA GOMES, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a decisão, do CNPCP, reunido em 28 fevereiro de 2012, CONSIDERANDO o disposto no art. 196 da Constituição Federal e art. 64, I e II da Lei n. 7.210/84;

CONSIDERANDO o disposto nas Regras Mínimas para o tratamento de reclusos da Organização das Nações Unidas, Genebra —1955, na regra 24, princípio 9, que estabelece que os reclusos devem ter acesso aos serviços de saúde existentes no país, sem discriminação nenhuma decorrente do seu estatuto jurídico;

CONSIDERANDO o disposto no art. 14 da Lei n. 7.210/84 que disciplina a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo;

CONSIDERANDO o disposto no Capítulo V da Lei n. 11.343/06 (Lei de Drogas);

CONSIDERANDO o disposto nas Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil, que em seu art. 15 estabelece que a assistência à saúde do preso é de caráter preventivo e curativo e compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico e no art. 16 determina a estrutura necessária para a assistência à saúde nos estabelecimentos penais;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria Interministerial n. 1777/2003 que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

CONSIDERANDO o fato revelado em recentes pesquisas realizadas junto às pessoas presas que dão conta que mais de 70 % daqueles que se encontram reclusos são usuários/dependentes de álcool e outras drogas;

CONSIDERANDO o fato de que a prática de delitos contra o patrimônio, violência doméstica, do pequeno tráfico e até crimes contra a vida estão atrelados, em alguma medida ao uso/dependência de álcool e outras drogas;

CONSIDERANDO que o tratamento adequado da dependência química exige que se lance mão de instrumentos oferecidos por um programa de atenção integral visando um cuidado individualizado, que dificilmente pode ser efetivado com a atual estrutura de que são dotados os estabelecimentos penais;

CONSIDERANDO as visíveis barreiras e dificuldades que encontra o sistema penitenciário brasileiro para viabilizar o acesso do preso as unidades de saúde do sistema único de saúde —SUS, principalmente no que se refere à deficiente estrutura de escolta e transporte, resolve:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Artigo 1º - Propor como diretriz da política criminal quanto à prevenção do delito e execução das penas e das medidas de segurança a criação de programa de atenção integral aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas nas dependências dos estabelecimentos penais.

Artigo 2º - Propor que o programa de atenção integral aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas nas dependências dos estabelecimentos penais seja dotado de equipe multidisciplinar capacitada para prestar todo o atendimento necessário aos custodiados usuários/dependentes, na forma prevista pela área de saúde, inclusive utilizando técnicas de terapia ocupacional, educação física e congêneres.

Artigo 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

GEDER LUIZ ROCHA GOMES

Publicada no DOU de 08 de março de 2012 – Seção 1 – p. 34



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 1, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2014

Dispõe sobre o acesso a programa de atendimento específico a pessoa com transtorno mental e em conflito com a lei e dá outras providências.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA –CNPCP, Dr. Herbert Carneiro, no uso de suas atribuições legais e, CONSIDERANDO a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Considerando a Resolução CNPCP nº 05, de 04 de maio de 2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº. 10.216 de 06 de abril de 2001; CONSIDERANDO a Resolução CNJ nº 113, de 20 de abril de 2010, que, entre outras providências, dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e medida de segurança; Considerando a Resolução CNPCP nº 04, de 30 de julho de 2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança,

Resolve:

Art. 1º O acesso ao programa de atendimento específico apresentado pelos Arts 2º e 3º da Resolução CNPCP 4/2010, dar-se-á por meio do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, consignado na Portaria MS/GM Nº 94, de 14 de janeiro de 2014.

§ 1º. O serviço referido no caput é composto pela equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), que tem o objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de poder contribuir para que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema de Justiça Criminal atuem no sentido de redirecionar as medidas de segurança às disposições da Lei nº 10.216/2001.

§ 2º. O Grupo Condutor Estadual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional –PNAISP –deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e contribuir para a sua implementação.

Art 2º O serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei observará as exigências do SUS que garantem o acesso à RAS, para acompanhamento psicossocial integral, resolutivo e contínuo, e contará com a justiça criminal, nas seguintes condições:

I –garantia de transporte sanitário e escolta para atendimento;

II –garantia de acesso às unidades prisionais e estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico;



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

III --garantia do acesso às informações referentes à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;

IV --garantia do cuidado adequado de acordo com os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) especificamente elaborados para alicerçar a medida de segurança e o processo terapêutico.

Artigo 3º Para o efetivo cumprimento desta Resolução, deverão ser observados os seguintes atos normativos:

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

II --Portaria GM/MS nº 4.279, 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;

III --Recomendação do Conselho Nacional de Justiça nº - 35, de 12 de Julho de 2011, que recomenda que na execução da Medida de Segurança sejam adotadas políticas antimanicomiais;



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 4, DE 18 DE JULHO DE 2014

Aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais;
CONSIDERANDO a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 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 o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde –SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
CONSIDERANDO a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº. 5, de 04 de maio de 2004, que dispõe sobre diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança;
CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº. 11, de 07 de dezembro de 2006, que recomenda ações para detecção de casos de Tuberculose em unidades penais, quando da realização da inclusão do custodiado;
CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº 2, de 08 de maio de 2008, que recomenda, em caráter excepcional e devidamente justificado, o uso de instrumentos coercitivos tais como algemas, na condução do preso e em sua permanência em unidades hospitalares (res 3/11);
CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº. 4, de 15 de julho de 2009, que recomenda a estada, a permanência e o posterior encaminhamento das(os) filhas(os) das mulheres encarceradas;
CONSIDERANDO a Resolução CNPCP nº 4, de 30/07/2010, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001;
CONSIDERANDO a Portaria n.º 1679/GM Em 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências e a portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
CONSIDERANDO a Portaria/MS nº 4.279, 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);



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

CONSIDERANDO a Portaria/MS Nº 2.488, 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, 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 Sistema Único de Saúde.

CONSIDERANDO a portaria nº 841, de 2 de maio de 2012 que publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial nº 01 de 02 de janeiro de 2014 que define a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP),

CONSIDERANDO a PORTARIA Nº 482, DE 1º DE ABRIL DE 2014, que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resolve:

Art. 1º. Aprovar as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, que integram o anexo a esta Resolução.

Art. 2º Fica revogada a Resolução nº. 7, de 14 de abril de 2003.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

LUIZ ANTÔNIO SILVA BRESSANE
PRESIDENTE DO CNPCP

DIRETRIZES BÁSICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

1. Estas diretrizes básicas se aplicam a quaisquer estabelecimentos que mantenham pessoas privadas de liberdade, em caráter provisório ou definitivo.

2. As ações de saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional devem estar embasadas nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único da Saúde (SUS) e atender às peculiaridades dessas pessoas e ao perfil epidemiológico da unidade prisional e da região onde estes se encontram, atendendo às seguintes orientações:

2.1. Devem ser contempladas ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde, preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), no âmbito do SUS.

2.2. Para a execução das ações de saúde integral, os sistemas prisionais deverão atuar em cooperação com os serviços e equipes do SUS, organizados de acordo com o consignado na norma de operacionalização da PNAISP e na PNAB.

2.3. As administrações prisionais deverão facilitar a implantação das equipes de saúde vinculadas ao SUS, garantindo-lhes as infraestruturas adequadas e segurança suficiente.

2.4. As administrações prisionais deverão manter a ambiência prisional em seus módulos de vivência, administração e assistência, adequados às diretrizes para a arquitetura penal vigente e às normas e recomendações da Vigilância Sanitária.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

- 2.5. As equipes de saúde no sistema prisional (ESP) deverão receber educação permanente para a execução das ações de Atenção Básica, de acordo com as orientações do SUS.
- 2.6. Deverá ser emitido o Cartão Nacional de Saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional que não o possuam,
- 2.7. As ações das equipes de saúde no sistema prisional deverão ser registradas eletronicamente nos sistemas de informação do SUS.
- 2.8. No momento do ingresso em qualquer unidade prisional, toda pessoa privada de liberdade deverá receber adequado atendimento para avaliação da sua condição geral de saúde, quando deverá ser aberto um prontuário clínico onde serão registrados os resultados do exame físico completo, dos exames básicos, o estabelecimento de possíveis diagnósticos e seu tratamento, o registro de doenças e agravos de notificação compulsória e de ocorrência de violência cometida por agente do estado ou outros, assim como ações de imunização, conforme o calendário de vacinação de adultos, de acordo com as normas e recomendações do SUS.
- 2.9. O registro das condições clínicas e de saúde das pessoas privadas de liberdade deverá ser feito sistematicamente, utilizando-se, preferencialmente, os prontuários clínicos disponibilizados eletronicamente pelo SUS. Esta documentação deverá ser mantida sob a responsabilidade do SUS, e o seu sigilo, acesso e traslado a outras unidades de saúde deverão ser garantidos, conforme a legislação, normas e recomendações vigentes.
- 2.10. A atenção à saúde da mulher deverá ser prestada desde o seu ingresso no sistema penitenciário, quando será realizada, além da consulta clínica mencionada, também a consulta ginecológica, incluindo as ações programáticas de planejamento familiar e prevenção das infecções de transmissão sexual, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, obedecendo, posteriormente, à periodicidade determinada pelo SUS.
- 2.11. Os casos que exijam complementação diagnóstica e/ou assistência de média e alta complexidade deverão ser referenciados na Rede de Atenção à Saúde do território.
- 2.12. A atenção à saúde das gestantes, parturientes, nutrizes e dos seus filhos é garantida pelo SUS, segundo as diretrizes e os protocolos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Rede Cegonha.
- 2.13. Será garantida ambiência adequada e salubre ao binômio mãe-filho segundo as normas e recomendações da Vigilância Sanitária.
- 2.14. A gestão estadual do sistema prisional e a direção dos estabelecimentos penais deverão cumprir os regulamentos sanitários local, nacional e internacional, cabendo ao gestor do SUS a vigilância epidemiológica e sanitária e a colaboração para alcançar este objetivo.
- 2.15. A atenção em saúde bucal deve contemplar, além das ações da atenção básica, a inclusão de procedimentos mais complexos, o aumento da resolutividade no pronto-atendimento, e a prevenção e diagnóstico do câncer bucal, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.
- 2.16. As ações de saúde mental deverão considerar as necessidades da população privada de liberdade para prevenção, promoção e tratamento de agravos psicossociais, decorrentes ou não do confinamento e do uso abusivo de álcool e outras drogas. Para as pessoas com qualquer transtorno mental suspeito ou já diagnosticado, que se encontrem em conflito com a Lei, a atenção deverá ser orientada de acordo com a Lei 10.216/2001



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

e as portarias nº 3.088/2011 e 94/2014, mediante a adoção de projeto terapêutico singular e na rede de atenção psicossocial.

2.17. A aquisição e a dispensação de medicamentos às pessoas privadas de liberdade serão geridas pelo SUS em cada território de localização das unidades penais, respeitando-se as normas consignadas pelo SUS.

2.18. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – deverá constituir a base de referência para a definição dos medicamentos utilizados pelo sistema penitenciário de cada estado. Os medicamentos especializados e estratégicos devem seguir o que está pactuado no SUS. A aquisição destes medicamentos deverá ser realizada de acordo com a padronização de tratamento para as doenças prevalentes conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, definidos pelo SUS.

2.19. Os agentes penitenciários são cobertos pelas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde da PNAISP. Para melhor desenvolvimento destas ações, a equipe de saúde prisional deverá solicitar apoio das Equipes Técnicas e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).

LUIZ ANTÔNIO SILVA BRESSANE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Resolução nº 3, de 05 de outubro de 2017

Dispõe sobre a prestação de serviços de alimentação e nutrição às pessoas privadas de liberdade e aos trabalhadores no sistema prisional.

.O Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP, no uso de suas atribuições legais previstas nos artigos 10, 11, 12 e 13 da Lei nº 7210/ 1984 (Lei de Execução Penal), que estabelecem que o fornecimento de alimentação ao preso e ao internado é dever do Estado:

CONSIDERANDO a lei nº 8080 de 19 de setembro 1990 que institui o Sistema Único de Saúde e 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 que a alimentação é um direito social estabelecido no Artigo 6º da Constituição Federal, após a Emenda Constitucional nº 64 de 2010.

CONSIDERANDO que a alimentação adequada e saudável é um direito fundamental do ser humano, reconhecido internacionalmente pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25) e pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (art. 11), sendo inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional de toda a população, como disposto na Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;

CONSIDERANDO o artigo 38 do Código Penal afirma que “O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral”;

CONSIDERANDO a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça nº 1 de 2 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional;

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 482 de 1º de abril de 2014 que dispõe no âmbito do Sistema Único de Saúde, sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional;



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.428 de 1993, Portaria da Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde nº326 de 1997 e Resolução Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 275 de 2002, sobre boas práticas de produção e de prestação de serviços na área de alimentação;

CONSIDERANDO o propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.715 de 2011, de melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, pois a PNAN está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1130, de 05 de agosto de 2015 que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento;

CONSIDERANDO a importância da intersetorialidade por meio de políticas, programas, ações governamentais e não governamentais para a execução da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, por meio de ações articuladas entre saúde, assistência social, justiça, sociedade civil, ação social, entre outros;

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

CONSIDERANDO que é responsabilidade do Estado oferecer orientações e suporte técnico e operacional para o desenvolvimento de boas práticas, da segurança alimentar e nutricional e contribuir para a garantia do direito à alimentação de todos os brasileiros.

RESOLVE:

Art. 1º - A Alimentação e Nutrição das pessoas privadas de liberdade regem-se pelas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e pela Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e deve garantir:

I --a promoção da alimentação adequada e saudável, compreendendo o uso de alimentos variados, seguros, que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis, contribuindo para a manutenção da saúde, em conformidade com a faixa etária, inclusive dos que necessitam de atenção nutricional específica.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

II --a criação de condições e ambientes que permitam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e o aleitamento materno continuado até os dois anos da criança ou mais, que está em companhia da mãe que cumpre pena privativa de liberdade, em caráter transitório.

III --o fornecimento de uma alimentação adequada e saudável para a lactante, de modo que suas necessidades nutricionais sejam alcançadas para a produção do leite materno.

IV- a oferta de alimentos adequados e saudáveis para as crianças que estão em companhia das mães que cumprem pena privativa de liberdade, respeitando as quantidades, a qualidade e a consistência conforme diretrizes e princípios estabelecidos no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos.

Art. 2º - O planejamento, a organização, a direção, a supervisão e avaliação dos serviços de alimentação e nutrição que fornecem refeições para pessoas privadas de liberdade são de responsabilidade do profissional nutricionista, registrado no respectivo conselho profissional e objetiva a otimização da saúde e diminuição do risco de doenças pelo consumo insuficiente ou excessivo de algum nutriente.

Art. 3º - As refeições oferecidas deverão ser planejadas para cobrir, 100% das necessidades nutricionais diárias dos indivíduos e grupos atendidos.

§ 1º Considerando o Guia Alimentar para a população brasileira, as refeições deverão ser feitas em horários regulares, preferencialmente em companhia. Às pessoas privadas de liberdade, deverão ser ofertadas, minimamente, cinco refeições diárias: o desjejum, o almoço, o lanche, o jantar e a ceia. Os cardápios devem ser calculados com base nas recomendações (e alterações posteriores) da Organização Mundial da Saúde – OMS, que apresentam os seguintes valores de referência:

Tabela: Valores de referência para nutrientes

Nutrientes	Valores diários	Desjejum/lanche/ceia	Almoço/jantar
Valor Energético Total	2.000 kcal	300-400 kcal	600-800 kcal
Carboidrato	50-75%	50-75 %	50-75 %
Açúcar livre	< 10 %	< 10 %	< 10 %
Proteína	10 -15%	10-15 %	10-15%
Gordura Total	20- 35%	20-35 %	20-35 %
Gordura Saturada	<10%	<10 %	<10%
Fibra	>25g	4-5 g	7-10 g
Sódio	≤2000 mg	300-400 mg	600-800



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

§ 2º Os valores de referência para nutrientes previstos neste artigo são destinados à população adulta, e podem ser alterados, em função da faixa etária ou em condições de dietas especiais e restrições alimentares.

§ 3º – A base para a elaboração dos cardápios deve ser de alimentos in natura e minimamente processados utilizando sal, açúcar, óleos e gorduras em pequenas quantidades, conforme Guia Alimentar para População Brasileira vigente.

§ 4º - A oferta e a comercialização de alimentos processados deve ser limitada e os alimentos ultraprocessados devem ser evitados na composição das refeições, conforme Guia Alimentar para População Brasileira vigente.

I- Para efeito desta Portaria, consideram-se alimentos ultraprocessados com quantidades excessivas de açúcar, gordura e sódio as formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão.

§ 5º - A oferta de alimentos enlatados, embutidos, alimentos compostos (dois ou mais alimentos embalados separadamente para consumo conjunto), preparações semiprontas ou prontas para o consumo, ou alimentos concentrados (em pó ou desidratados para reconstituição) devem ser evitados, sugerindo sua oferta no máximo duas preparações por semana.

§ 6º - Recomenda-se que do total dos recursos financeiros destinados à aquisição de gêneros alimentícios, no máximo 30% (trinta por cento) sejam utilizados para a aquisição de alimentos enlatados, embutidos, doces, alimentos compostos (dois ou mais alimentos embalados separadamente para consumo conjunto), preparações semiprontas ou prontas para o consumo, ou alimentos concentrados (em pó ou desidratados para reconstituição).

§ 7º – Os cardápios deverão oferecer, no mínimo, cinco porções de frutas, verduras e/ou legumes in natura por dia (400g/dia) nas refeições ofertadas, sendo que as bebidas à base de frutas não substituem a oferta de frutas in natura.

§ 8º – Cabe ao nutricionista, responsável técnico, a definição do horário e do alimento adequado a cada tipo de refeição, respeitada a cultura alimentar.

§ 9º - Os cardápios deverão conter informações sobre o tipo de refeição, o nome da preparação, os ingredientes que a compõe e sua consistência, bem como informações nutricionais de energia, macronutrientes, micronutrientes prioritários (vitaminas A e C, magnésio, ferro, zinco e cálcio) e fibras, e ainda:

I --Os cardápios devem apresentar a identificação (nome e CRN) e a assinatura do nutricionista responsável por sua elaboração.

II --Os cardápios devem estar disponíveis às pessoas privadas de liberdade em locais visíveis na unidade prisional.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

III --Os cardápios devem ser apresentados ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde, ao Conselho Penitenciário, ao Juiz Corregedor da unidade prisional, ao Conselho Municipal/Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional.

§ 10º – Cardápios especiais deverão ser oferecidos individualmente quando houver indicação por razões de saúde ou exigência religiosa. Eles devem acompanhar o padrão do cardápio da alimentação normal, ajustados às necessidades requeridas.

§ 11 – Deve ser oferecida água potável e própria para o consumo sob livre demanda para os grupos.

§ 12 – Recomenda-se evitar a oferta de bebidas com baixo valor nutricional tais como refrigerantes e refrescos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha, chás prontos para consumo e outras bebidas similares.

Art. 4º - É recomendável que do total dos recursos financeiros destinados à aquisição de gêneros alimentícios, no mínimo 30% (trinta por cento) sejam utilizados na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, nos termos da Lei 11.326, de 24 de Julho de 2006, Decreto Presidencial n. 8473, de 22 de Junho de 2015 e Resoluções n. 50 de 2012 e n. 56 de 2013, do Grupo Gestor do Programa de Aquisição de Alimentos.

Art. 5º Recomenda-se o cultivo de hortas e a elaboração de preparação culinárias dentro da unidade prisional por pessoas privadas de liberdade, sendo essa atividade contabilizada em sua jornada de trabalho.

Art. 6º - Se a produção das refeições for realizada na Unidade de Alimentação e Nutrição da unidade prisional, os espaços e processos de armazenamento, preparo, distribuição e consumo deverão estar de acordo com a Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002, a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, a Resolução RDC nº 218, de 29 de Julho de 2005, a Resolução RDC nº 52, de 29 de Setembro de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e demais normas sanitárias locais.

Art. 7º - Se os alimentos não forem preparados na unidade prisional, a empresa responsável pelo preparo, transporte e distribuição deve estar licenciada pela autoridade sanitária competente, mediante a expedição de licença ou alvará para esta incumbência e cumprir as mesmas normas, assim como implementar as mesmas diretrizes as quais estão submetidas as Unidade de Alimentação e Nutrição das unidades prisionais.

§1º: Os espaços e processos para transporte, armazenamento provisório, finalização do preparo, de distribuição e de consumo destes alimentos deverão obedecer às Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) nº 216, de 15 de setembro de 2004, nº 218, de 29 de Julho de 2005 e nº 52, de 29 de Setembro de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e demais normas sanitárias locais.

§2º: O armazenamento e o transporte do alimento preparado, da distribuição até a entrega ao consumo, deve ocorrer em condições de tempo e temperatura que não



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

comprometam sua qualidade higiênico-sanitária. A temperatura do alimento preparado deve ser monitorada durante essas etapas. Para conservação a quente, os alimentos devem ser submetidos à temperatura superior a 60°C (sessenta graus Celsius) por, no máximo, 6 (seis) horas, nos termos da RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004.

§3º: Os Contratos, Termos de Referências e demais instrumentos a serem celebrados para contratação de serviços de alimentação conterão detalhamento quanto aos tipos de alimentos e refeições que serão fornecidos, bem como tempo e horário de entrega, garantindo que o disposto no art. 3º desta Portaria seja observado, assim como as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e de outros instrumentos orientadores relacionados.

Art. 8º - A Vigilância Sanitária local é a responsável pela garantia da manutenção da qualidade de todos os processos e deve informar ao Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Penitenciário, o Juízo da execução penal, o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (quando estiver instalado), o Ministério Público e a Defensoria Pública semestralmente da qualidade da água e da alimentação oferecida às pessoas privadas de liberdade e qualquer anormalidade acontecida neste intervalo.

Art. 9º Os produtos alimentícios a serem adquiridos para as unidades prisionais deverão atender ao disposto na legislação de alimentos, estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária --ANVISA do Ministério da Saúde --MS e pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento --MAPA.

§ 1º Os relatórios de inspeção sanitária dos alimentos utilizados deverão permanecer à disposição por um prazo de cinco anos.

§ 2º Cabe às unidades prisionais adotar medidas que garantam a aquisição, o transporte, a estocagem e o preparo/manuseio de alimentos com adequadas condições higiênico-sanitárias até o seu consumo pelas pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Art. 10 --O sistema de informação da Atenção Básica vigente deverá ser alimentado semestralmente, visando o monitoramento dos indicadores do estado nutricional e de consumo alimentar das pessoas privadas de liberdade.

Parágrafo único: Os indicadores do estado nutricional e de consumo alimentar serão monitorados pelo gestor responsável pela saúde na unidade, que informará o Conselho Municipal de Saúde, o Juízo da execução penal, o Conselho Penitenciário, o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (quando estiver instalado), o Ministério Público e a Defensoria Pública semestralmente;

Art. 11 --É vedado às unidades prisionais suspender, reduzir ou suprimir as refeições das pessoas privadas de liberdade a título de punição ou condicionar seu fornecimento ao comportamento ou prestações de serviços;

Art. 12 --O gestor de saúde prisional é o responsável por promover o fortalecimento da participação do controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

de programas e ações de alimentação e nutrição voltadas para as pessoas privadas de liberdade.

Art. 13 --As dúvidas e casos omissos exarados nesta portaria serão dirimidos pelo Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da SAS/MS e pelo Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça.

Art. 14 --Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CESAR MECCHI MORALES

Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 03, DE 7 DE JUNHO 2018.

Apresenta recomendações que visam à interrupção da transmissão do HIV, das hepatites virais, da tuberculose e outras enfermidades entre as pessoas privadas de liberdade.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP), no uso de suas atribuições legais e regimentais, e

CONSIDERANDO o documento de recomendações aprovado conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e AIDS (UNAIDS), pelo Escritório sobre Drogas e Crime das Nações Unidas (UNODC), pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), organizações internacionais das quais o Brasil é Membro;

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal);

CONSIDERANDO os seguintes documentos da Organização das Nações Unidas com evidências e recomendações para a proteção e manutenção da saúde nos contextos de encarceramento: Regras Mínimas para o Tratamento dos Presos (Resolução da Assembleia Geral da ONU, 45/111);Intervenções para abordar o HIV nas prisões. Evidências de artigos técnicos. Genebra, OMS, UNODC, UNAIDS, 2007;Orientações de política para melhorar o acesso dos profissionais de saúde aos serviços de prevenção do HIV e da tuberculose, tratamento, cuidados e apoio conjunto:uma nota de orientação da OMS, OIT e do UNAIDS, 2010;HIV em Prisões: Ferramentas para formuladores de políticas, gestores de programas, Diretores de Prisão e profissionais de saúde em Ambientes Prisionais (Viena, UNODC, OMS e do UNAIDS de 2008); Eliminação da transmissão do HIV de Mãe para Filho, OMS, 2011;Recomendação de Madrid: Proteção à Saúde nas Prisões como uma parte essencial da Saúde Pública, aprovada em reunião realizada em Madrid em 29 e 30 de outubro de 2010;Princípios de Ética Médica relevantes para o papel dos profissionais de saúde, particularmente médicos, na proteção de prisioneiros e detidos contra a tortura e outros tratamentos desumanos ou degradantes ou castigo cruel (resolução da Assembleia Geral da ONU 37/194);Saúde nas prisões. Um guia básico de Saúde na Prisão da OMS, Escritório Regional para a Europa, 2007);Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulher e Medidas Não Privativas de Liberdade para as Mulheres em conflito com a lei (Regras de Bangkok) (resolução da Assembleia



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Geral da ONU, 65/229); "“a coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição”” documento de trabalho com base em um seminário científico, UNODC, Viena, 28-30 de Outubro de 2009 (2010); Protocolos Clínicos de Tratamento para HIV, Hepatites B e C, TB, Sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) do Departamento de IST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Recomendações nacionais para o controle da tuberculose no sistema prisional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e; Estratégia Global pelo Fim da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde.

CONSIDERANDO que a atuação do Poder Executivo e do Poder Judiciário, com o apoio do Ministério Público, da Defensoria Pública e do Controle Social são imprescindíveis para o êxito das medidas que conduzirão à interrupção da transmissão do HIV, das hepatites virais, da tuberculose e outras enfermidades, entre as pessoas privadas de liberdade, facilitando a eliminação dessas infecções na comunidade;

RESOLVE:

Art.1º Indicar às Secretarias responsáveis pelos assuntos penitenciários e de saúde nos Estados e no Distrito Federal que promovam a adequação de suas normas penitenciárias, em conformidade com as recomendações nacionais do Ministério da Saúde e do documento de recomendações aprovado conjuntamente pelo UNAIDS, pela OMS, o UNODC, pela OIT e pelo PNUD para o enfrentamento à epidemia da infecção pelo HIV, das infecções sexualmente transmissíveis, das hepatites virais e da tuberculose nas prisões, em consonância com as legislações nacionais.

Art.2º Recomendar aos Conselheiros Penitenciários dos Estados e do Distrito Federal que programem estas ações e medidas essenciais com vista à efetiva aplicação das seguintes 15 intervenções essenciais, que têm o máximo impacto se efetivadas em conjunto:

- I. Informação, educação e comunicação aos presos, extensivo aos seus familiares e amigos, sobre os agravos mencionados na presente Resolução.
- II. Estabelecimento de programas de entrega e orientação para o uso de preservativos.
- III. Prevenção da violência sexual.
- IV. Tratamento da dependência de drogas, incluindo o uso da terapia de substituição.
- V. Programas de fornecimento de insumos estéreis para redução de danos.
- VI. Prevenção da transmissão de HIV, hepatite B e C, Sífilis e outras ISTs por meio de serviços médicos ou odontológicos.
- VII. Prevenção da transmissão do HIV e Hepatite B e C por meio de lâminas de barbear, tatuagem, piercing e outras formas de perfuração na pele.
- VIII. Profilaxia para o HIV, sífilis e hepatites B e C pós-exposição de risco.
- IX. Testagem, aconselhamento e/ou orientações pré e pós realização da testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

- X. Tratamento do HIV, cuidados e apoio.
- XI. Prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose.
- XII. Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e da hepatite B.
- XIII. Prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.
- XIV. Vacinação, diagnóstico e tratamento das hepatites virais. XV. Orientação às equipes sobre riscos ocupacionais e fornecimento de equipamentos de proteção individual.

Art. 3º Os programas de controle dos agravos nas unidades prisionais devem ser implementados em consonância com o SUS e articulados entre as esferas de saúde, justiça e sociedade civil. Atividades de sensibilização, informação e educação sobre HIV, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais e tuberculose são necessárias em todas as unidades prisionais. As atividades desenvolvidas podem ser complementadas por profissionais que atuam no sistema prisional e por pessoas privadas de liberdade devidamente treinadas e supervisionadas.

Art. 4º Em todas as unidades prisionais devem ser fornecidos e distribuídos gratuitamente kits básicos de higiene que contêm preservativos, lubrificantes à base de água e orientação para o seu uso correto.

Parágrafo único – Esses insumos devem estar fácil e discretamente acessíveis, na quantidade demandada pelas pessoas privadas de liberdade, sem que seja necessário que o usuário os solicite e independentemente da ocasião da visita íntima.

Art. 5º Políticas e estratégias para a prevenção, detecção e eliminação de todas as formas de violência, particularmente a violência sexual, devem ser implementadas nas unidades prisionais.

§ 1º – Pessoas privadas de liberdade em situação de maior vulnerabilidade, como LGBT, devem ter sua orientação sexual ou identidade de gênero respeitadas, sendo encaminhadas à presídios e celas de acordo com estas ou serem separadas de todos os que possam representar ameaça afim de garantir sua integridade.

§ 2º – Medidas adequadas para informar e tratar os casos de violência devem ser estabelecidas, conforme o protocolo nacional.

Art. 6º Tratamentos para a dependência de drogas amparados em evidências científicas e com o necessário consentimento informado pela pessoa privada de liberdade devem ser disponibilizados nas prisões em consonância com as diretrizes do SUS.

Art. 7º Pessoas privadas de liberdade que utilizam drogas devem ter acesso confidencial aos equipamentos e insumos esterilizados e devem receber informações sobre os programas de tratamento da dependência.

Art. 8º Os profissionais de saúde prestadores de serviços em prisões devem aderir aos protocolos rígidos de controle de infecção, sendo que as unidades prisionais devem ser adequadamente equipadas para este propósito.

Art. 9º As autoridades devem incentivar a criação de programas de tatuagem estéril, destinados a reduzir a utilização de equipamentos contaminados para realização de tatuagens, piercings e outras formas de perfuração na pele.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Art. 10. O acesso às informações sobre as profilaxias pós-exposição ao HIV, à sífilis e às hepatites virais, deve ser garantido às pessoas privadas de liberdade, funcionários da saúde e outros trabalhadores do sistema prisional.

Parágrafo único – A profilaxia pós-exposição deve estar acessível às pessoas expostas ao HIV, dentre outras doenças infecto contagiosas, e às vítimas de agressão sexual.

Art. 11. Todas as pessoas privadas de liberdade, os funcionários da saúde e os outros trabalhadores devem ter fácil acesso aos programas de aconselhamento e à testagem voluntária para a sífilis, HIV e hepatites virais a qualquer momento e durante todo o seu período de detenção.

Art. 12. O tratamento integral, incluindo a terapia antirretroviral, cuidados e apoio devem:

- I. ser iniciados imediatamente após o diagnóstico;
- II. ser equivalentes ao que está disponível para as pessoas que vivem com HIV na comunidade;
- III. estar em consonância com os protocolos do SUS.

Parágrafo único – Esforços adicionais para garantir a continuidade do cuidado em todas as fases, desde o momento da detenção até a libertação, devem ser efetivados.

Art. 13. O Programa de Tuberculose na Prisão deve estar alinhado e integrado às recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e suas respectivas secretarias nas esferas estaduais e municipais.

Art. 14. —As ações do Programa de Tuberculose na Prisão devem ser realizadas em consonância com as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, com destaque para:

- I. Realizar o rastreamento de tuberculose por radiografia de tórax e/ou presença de tosse por duas semanas ou mais, em todos os ingressantes do sistema prisional;
- II. Realizar, pelo menos uma vez ao ano, a busca de sintomáticos respiratórios, na população já encarcerada;
- III. Realizar o tratamento diretamente observado por um profissional de saúde, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento;
- IV. Em caso de transferência, o prontuário médico deve acompanhar o prontuário penal. É de responsabilidade da equipe de saúde prisional de origem a comunicação para a equipe de saúde prisional de destino sobre o paciente em tratamento de tuberculose.
- V. Em caso de liberdade, é responsabilidade da equipe de saúde prisional a comunicação com a vigilância epidemiológica do município sobre o paciente em tratamento;
- VI. É responsabilidade da equipe de saúde acolher as pessoas com tuberculose, esclarecer todas as dúvidas relacionadas ao tratamento e informar sobre a importância da manutenção do tratamento em caso de liberdade;
- VII. Todos os casos de tuberculose identificados no sistema prisional devem ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação pela Ficha de



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

- Notificação/Investigação, identificando sempre como “sim” a variável população privada de liberdade;
- VIII. As pessoas vivendo com HIV devem realizar Prova Tuberculínica (PT) e o tratamento da infecção latente da tuberculose (ILTb), quando indicado;
- IX. Investigar a tuberculose nas pessoas vivendo com HIV por meio dos quatro sintomas prioritários (tosse, febre, emagrecimento e sudorese) em todas as consultas no sistema de saúde;
- X. Nos casos de identificação de um paciente com coinfeção Tuberculose-HIV (TB-HIV) proceder com as recomendações do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de adultos para instituição oportuna de antirretrovirais
- XI. Todos os pacientes com tuberculose devem ser aconselhados a realizar o teste diagnóstico para o HIV;
- XII. O isolamento é recomendado nas seguintes situações: quando o diagnóstico é realizado na porta de entrada, nos casos de resistência aos medicamentos e falências de tratamento;
- XIII. Ocorrendo um caso de TB, é necessário examinar todos os contatos para identificar outros casos de TB ativa, especialmente em contatos infectados pelo HIV. Principalmente em grandes unidades, todas as PPL de uma mesma cela ou galeria devem ser consideradas como contato, o que, na prática, pode implicar a realização de busca ativa sistemática em toda a unidade prisional.
- XIV. Indica-se realizar os testes bacteriológicos para diagnóstico de TB em todos os contatos que apresentarem tosse, independentemente da duração. Sempre que possível, a radiografia de tórax deve ser realizada. Em caso de contatos extramuros, orientar os familiares sobre a necessidade de investigar a TB, esclarecer sobre os sintomas e realizar a educação permanente de prevenção da doença. Enviar comunicação dos contatos à vigilância dos municípios a fim de realizar a investigação.
- XV. Contatos infectados pelo HIV, desde que descartada TB ativa, devem realizar tratamento para a infecção latente, independente do resultado da Prova Tuberculínica (PT)
- XVI. Realizar ações de comunicação e educação em saúde para a comunidade carcerária (presos e seus familiares, profissionais de saúde e segurança);
- XVII. A adequação da ventilação e iluminação deve ser contemplada na reforma e construção de novas unidades prisionais, conforme Manual de Diretrizes Básicas para a Construção, Ampliação e Reforma dos estabelecimentos Penais do CNPCP
- XVIII. Realizar avaliação na admissão e anual de profissionais de saúde do sistema prisional com o intuito de instituir o diagnóstico precoce da tuberculose e prevenção da doença, quando indicado;
- XIX. Realizar o acompanhamento mensal dos casos de tuberculose sendo necessário a coleta de escarro e consulta médica mensal, bem como, o exame radiológico e ou outros, conforme Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.
- XX. No caso de tuberculose multirresistente (TB MR), o paciente deverá também tomar os fármacos sob o tratamento diretamente observado e realizar o acompanhamento médico, os exames laboratoriais e radiológicos de acordo com



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

as normas de tratamento MDR do país. Seu acompanhamento pode ser realizado em referência terciária.

Art. 15. Todas as intervenções para prevenção da transmissão do HIV, da sífilis e da hepatite B de mãe para filho, incluindo o planejamento familiar e a terapia antirretroviral, devem estar facilmente à todas mulheres privadas de liberdade, em consonância com as diretrizes do SUS.

Parágrafo único – Crianças nascidas de mães vivendo com HIV, com sífilis e ou hepatites na prisão devem ser acompanhadas de acordo com o protocolo nacional.

Art. 16. – Orientação, diagnóstico precoce e tratamento efetivo de qualquer infecção sexualmente transmissível também são parte dos programas de prevenção à infecção pelo HIV nas prisões.

Art. 17. – As unidades prisionais devem ter um programa de prevenção e controle de hepatites abrangente.

§ 1º – Os programas referidos no caput deverão incluir a vacinação para hepatites A e B e outras intervenções para prevenir, diagnosticar e tratar as hepatites B e C, equivalentes aos disponíveis na comunidade.

§ 2º – Os programas referidos no caput deverão incluir programas de fornecimento de preservativos, fornecimento de insumos e de tratamento de dependência de drogas, quando for necessário.

Art. 18. – Agentes penitenciários e trabalhadores de estabelecimentos prisionais devem receber informação, educação e formação sobre o HIV, hepatites virais e tuberculose, para que possam exercer suas funções de uma forma saudável e segura.

§ 1º – As ações referidas no caput deverão ser ministradas por inspetores do trabalho e especialistas em medicina e saúde pública.

§ 2º – Funcionários do sistema prisional não devem estar sujeitos à realização de testes obrigatórios e devem ter fácil acesso ao aconselhamento e à realização de testes confidenciais de HIV.

§ 3º – Funcionários do sistema prisional devem ter acesso:

- I. à vacinação grátis contra as hepatites A e B;
- II. aos equipamentos de proteção, como luvas, máscaras de reanimação boca-a-boca e máscaras de proteção individual, óculos de proteção, sabão e espelhos de busca e inspeção;
- III. à profilaxia pós-exposição em casos de exposição ocupacional.

§ 4º Mecanismos para fiscalizar o cumprimento das normas no local de trabalho e relatórios sobre exposições e acidentes ocupacionais e doenças devem ser estabelecidos com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Art. 19. Acrescem-se ao pacote de 15 intervenções referidos no Art. 1º as seguintes recomendações da Organização da Nações Unidas, de extrema importância e que não devem ser negligenciadas:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

- I. Política e justiça penal têm um impacto sobre as respostas desenvolvidas para combater o HIV, as hepatites virais e a tuberculose nas prisões, sendo importante realizar reformas que tenham impacto positivo sobre o aprisionamento, a justiça penal e na defesa dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade;
- II. Iluminação e ventilação naturais inadequadas e falta de proteção contra condições climáticas extremas são frequentes. Eliminar a superlotação das celas, com planejamento real de satisfazer as regras mínimas da ONU e a legislação nacional, ajustando as condições de iluminação natural e de ventilação é fundamental para interromper a transmissão da tuberculose;
- III. Reduzir os atos de violência;
- IV. Reduzir a aplicação da medida de prisão preventiva;
- V. Reduzir o encarceramento de pessoas que usam drogas e de pessoas com problemas de saúde mental;
- VI. Extinguir a detenção obrigatória para o propósito de "tratamento da dependência de drogas";
- VII. Disponibilizar cuidados paliativos e libertação humanitária para casos de doenças terminais;
- VIII. Aperfeiçoar os programas de visitas íntimas;
- IX. Disponibilizar uma alimentação adequada às pessoas privadas de liberdade;
- X. Distribuir outros insumos que contribuam para a prevenção das doenças, como sabão, escovas de dentes e barbeadores nos kits básicos de higiene.

Art. 20. Revogam-se todas as disposições em contrário.

Art. 21. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CESAR MECCHI MORALES
Presidente do CNPCP