

NOTA TÉCNICA

18/2013



Estabelece as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória.

NOTA TÉCNICA**18/2013****INTRODUÇÃO**

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, adolescentes em conflito com a Lei são aqueles que cometem algum ato infracional e que cumprem medida socioeducativa em meio aberto ou em situação de privação de liberdade; medidas socioeducativas em meio aberto são as cumpridas na forma de prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida; e situação de privação de liberdade, são medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, e a internação provisória.

O Sistema Único de Saúde – SUS deve garantir o acesso universal e integral do cuidado à todos os pontos da rede de atenção à saúde, observando o princípio da não-totalidade institucional.

Segundo NT do Ministério da Saúde, dados de diferentes estudos e pesquisas (BRASIL, 2001; SILVA; GUERESI, 2003; BRASIL, 2007), mostram que a atenção à saúde dos adolescentes privados de liberdade apresenta diversos problemas, entre eles: tímida atuação das secretarias estaduais/municipais de saúde no aporte às necessidades de atendimento e manutenção dos serviços existentes; dificuldade no agendamento de consultas e exames na rede SUS, ausência de diálogo entre os gestores do sistema socioeducativo e da saúde, desconhecimento por parte dos profissionais da saúde das especificidades no atendimento ao público adolescente privado de liberdade, atendimento deficitário em saúde mental, álcool e outras drogas, alto índice de medicalização, ocorrência de violência institucional, entre outros.

Diante desta realidade, em 2002 o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria de Políticas para as Mulheres, ambas da Presidência da República, o CONANDA, CONASS e CONASEMS iniciaram discussões para estabelecer propostas visando melhorar essa atenção em saúde. Esse debate culminou na proposta da **Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)**, na qual se encontram as

NOTA TÉCNICA**18/2013**

diretrizes para a implantação e a implementação da atenção à saúde prestada a adolescentes privados de liberdade, em unidades masculinas e femininas.

A PNAISARI foi instituída pela Portaria Interministerial nº 1.426 e Portaria MS/SAS nº 340, publicadas em 15/07/2004 – posteriormente atualizada pela Portaria MS/SAS nº 647, de 2008 – com o objetivo de normatizar a operacionalização da PNAISARI.

Essas portarias definem que a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória deve ser realizada por equipe multidisciplinar e oferecida, prioritariamente, pela rede local de saúde, estabelecem incentivo financeiro (PAB Variável) repassado fundo-a-fundo a Estados e Municípios, o que significa reconhecer em âmbitos federal, estadual e municipal a responsabilidade sanitária da saúde local com essa população.

Em janeiro de 2012, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE foi sancionado pela Lei nº 12.594, que regulamenta a execução das medidas socioeducativas para adolescentes que praticam atos infracionais. Estabeleceu em seu Capítulo V, Seção I a atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e, na Seção II, o atendimento a adolescentes com transtorno mental e com dependência de álcool e outras substâncias psicoativas como atribuições do SUS.

Nesse sentido, a Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens iniciou o processo de atualização da Portaria nº 647/2008, tendo em vista a necessidade de sua revisão e de adequação, de modo a cumprir a Lei do SINASE, em especial o que diz respeito à atenção psicossocial e à saúde mental dos adolescentes.

Atualmente, a PNAISARI está implantada em 9 estados, num total de 29 municípios, conforme planilha abaixo. Abrange aproximadamente 3.970 adolescentes – homens e mulheres, e incluem 41 equipes de saúde (tanto de ESF quanto das unidades socioeducativas) como responsáveis pela atenção integral à saúde desses adolescentes.

NOTA TÉCNICA

18/2013

ESTADO	Municípios	Nº USE	Nº Adolescentes	\$ repassado (R\$)
AC	1	3	170	93.720,00
DF	1	4	900	242.820,00
GO	6	8	430	289.680,00
PE	5	8	700	357.840,00
PI	2	3	170	93.720,00
RS	2	2	130	72.420,00
RR	1	1	90	51.120,00
MS	5	8	420	230.040,00
MG	6	13	960	519.720,00
TOTAL	29	50	3.970	1.951.080,00
SP	Plano em Análise: Campinas	4	360	204.480,00

São 60 mil adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, desses 18.000 encontram-se privados de liberdade; 95% são adolescentes em privação de liberdade são do sexo masculino e 85% desses já tiveram algum contato com drogas.

A maior concentração está na faixa etária de 15 a 18 anos São 323 unidades de internação e internação provisória em 172 municípios nas 27 UF. 289 Unidades socioeducativas atendem até 90 adolescentes, 26 atendem de 91 a 150 e 8 atendem acima de 150 adolescentes.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde, se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda por avaliação psicossocial conforme indicação dada pelo Art. 60 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

NOTA TÉCNICA**18/2013****PROPOSTA**

Estabelecer diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefinir critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória e definir valores de incentivo de custeio.

ESTRUTURA DA MINUTA DE PORTARIA

- Princípios e Diretrizes
- Objetivos
- Organização para a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei em rede
- Operacionalização para a atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória
- Adesão dos municípios
- Financiamento para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade
- Monitoramento e Avaliação
- Disposições Gerais
- Anexos

DESTAQUES NA MINUTA DA PORTARIA

- Dentre as linhas de ação que compõem os eixos para a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, levar em conta os Direitos Humanos, a Promoção da Cultura de Paz, a prevenção de violências e assistência a vítimas.
 - Art. 10 A gestão de saúde dos municípios que possuem unidades socioeducativas de internação e internação provisória deverá definir no território, Equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com
- Brasília, 22 de maio de 2013

NOTA TÉCNICA**18/2013**

Equipe de Saúde Bucal, que se responsabilize pela atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade e por sua inclusão na rede de atenção à saúde.

- Art.11 Nas unidades socioeducativas de internação e internação provisória que possuem serviço de saúde, a equipe responsável pelas ações de saúde deve ser configurada minimamente por médico, enfermeiro e cirurgião dentista.
- §1º A equipe de saúde da unidade socioeducativa que não tenha todos os profissionais referenciados no *caput* deste artigo deverá ser complementada por profissionais da Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica de referência acrescida dos profissionais de saúde mental externos à unidade.

FINANCIAMENTO

- Unidades que atendam até 40 adolescentes: R\$ 7.486,50 (sete mil quatrocentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos) mensais.
- Unidades que atendam entre 41 e 90 adolescentes: R\$ 8.556,00 (oito mil quinhentos e cinquenta e seis reais) mensais.
- Unidades que atendam acima de 90 adolescentes: R\$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) mensais.
- Os valores do incentivo têm como base o valor do repasse a uma Equipe de Saúde da Família, modalidade 1, na proporção de 70, 80 e 100% respectivamente.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

- A Minuta difere da PT N. 647 de 11/11/08, por incluir a população de adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de medidas sócio educativas em meio aberto e semiliberdade.

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- Em que pese a relevância do tema em questão, a Minuta apresenta alguns artigos e parágrafos que dão margem a interpretações dúbias e incoerentes.
- Ainda necessita de ajustes na redação para ter coerência com as Portarias das Redes de Atenção à Saúde.
- CONASS e Conasems entendem a necessidade de fazer um link da discussão da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei com a política de Saúde Prisional. No dia 21/05/2013 o Conasems solicitou a retirada das minutas da pauta desta CIT, tendo em vista a necessidade de aprofundar as discussões.

ANEXOS**Anexo I**

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES MÍNIMAS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONSABILIDADES INTERSETORIAIS

Anexo II

PLANO OPERATIVO

Anexo III

AÇÕES DE SAÚDE E PLANO DE AÇÃO ANUAL

MODELO DO PLANO DE AÇÃO

NOTA TÉCNICA**18/2013****MINUTA DE PORTARIA N° _____, DE _____ DE 2013**

Estabelece as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições e:

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

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

Considerando a Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional;

Considerando o Decreto de 13 de julho de 2006 que institui a Comissão Intersetorial de Acompanhamento do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004, Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria de Políticas para as Mulheres, que estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas;

Considerando a Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);

Considerando a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde e suas alterações;

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

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

Brasília, 22 de maio de 2013

NOTA TÉCNICA**18/2013**

Considerando a Portaria GM/MS 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 (SUS);

Considerando a Resolução nº 119, de 11 de dezembro de 2006, do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências;

Considerando as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes gerais para a Atenção Integral em Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, que cumprem medidas socioeducativa em meio aberto;

Considerando a necessidade de redefinir normas, critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória, em unidades socioeducativas masculinas e femininas, resolve:

Art. 1º Estabelecer as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefinir critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória.

§ 1º Entende-se por Adolescentes em Conflito com a Lei aqueles que cometem algum ato infracional e que cumprem medida socioeducativa em meio aberto ou em situação de privação de liberdade, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 2º Entende-se por medida socioeducativa em meio aberto aquelas cumpridas na forma de prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º Entende-se por situação de privação de liberdade as medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, e a internação provisória, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 2º Aos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas deve ser garantida a atenção a saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 3º Constituem-se princípios e diretrizes para a organização das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei:

- I) respeito aos direitos humanos, à integridade física e mental dos adolescentes;
- II) enfrentamento ao estigma e preconceito;
- III) respeito à condição peculiar dos adolescente como pessoas em desenvolvimento;

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- IV) garantia do acesso universal e integralidade do cuidado à todos os pontos da rede de atenção à saúde, observando o princípio da não-totalidade institucional;
- V) reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território;
- VI) atenção humanizada e de qualidade a esta população;
- VII) organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei;
- VIII) permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social.

Dos Objetivos

Art. 4º As Diretrizes para Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde

Art. 5º São objetivos específicos destas diretrizes:

- I) ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a Lei, em especial para os privados de liberdade
- II) incentivar a articulação intersetorial como forma de permitir a realização de projetos terapêuticos aliados ao Plano Individual de Atendimento (PIA) adequados às complexas demandas desta população, previstos no Sinase;
- III) estimular ações intersetorialidade na responsabilização pelo cuidado na rede socioeducativa com a rede de saúde;
- IV) promover o acesso aos cuidados em saúde a esta população, evitando constrangimentos de diversas ordens no acesso ao tratamento;
- V) garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei;
- VI) priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas;
- VII) promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Da organização para a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei em rede

Art. 6º Os seguintes eixos devem ser contemplados na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei:

- I – Promoção da saúde e prevenção de agravos;
- II - Ações de assistência e reabilitação da saúde;
- III - Educação permanente.

NOTA TÉCNICA**18/2013**

Art. 7º As seguintes linhas de ação compõem os eixos para a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei:

- a) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial;
- b) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;
- c) Saúde bucal;
- d) Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas;
- e) Prevenção e Controle de agravos;
- f) Educação em Saúde; e
- g) Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas.

Art. 8º A Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei deve ser organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, a partir dos componentes:

I - Componente Atenção Básica:

- a) É a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado no território e deve ser o componente estratégico para a garantia da atenção integral à saúde para os adolescentes em conflito com a Lei.
- b) A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial.
- c) Neste componente deverão ser implementadas as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos.
- d) As ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva devem ser realizadas junto aos adolescentes em conflito com a Lei tendo como foco a ampla garantia de direitos.
- e) Deve ser garantido o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial aos cuidados às peculiaridades colocadas pela situação de privação de liberdade, seguindo as diretrizes da Rede Cegonha.
- f) Deve ser garantido às adolescentes puérperas e mães o aleitamento materno, mesmo daquelas em situação de privação de liberdade, seguindo diretrizes da Rede Cegonha.
- g) Devem ser garantidos também pela Atenção Básica os cuidados de saúde bucal para os adolescentes.

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- h) A **Atenção Básica**, como **ponto de atenção** da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.
- i) É atribuição das equipes de Atenção Básica, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, garantir na RAPS avaliações psicossociais, intervenções terapêuticas e cuidados que visem à identificação de sofrimentos psíquicos, transtornos e outras necessidades em saúde mental decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas; ao enfrentamento de situações que potencializam as vulnerabilidades pessoais e sociais; além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei.

II - Componente Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências:

- a) Aos adolescentes em conflito com a Lei deve-se garantir o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS.
- b) Nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar é necessário garantir estratégias de cuidados adequadas aos adolescentes, considerando as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização.
- c) Nos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência deve ser garantido o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a Lei, de modo a preservar suas especificidades.
- d) Em caso de necessidade de acesso a Serviço Hospitalar de Referência para atenção **aos** adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, deve-se oferecer o suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curtíssima ou curta permanência.

III - **Componente Sistemas de Apoio: **Retirar “componentes” e colocar Sistemas de apoio como parágrafo único.****

Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica, segundo suas necessidades.

Da operacionalização para a atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória

Art. 9º A atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória, seguirá critérios e normas específicos em função das

NOTA TÉCNICA**18/2013**

características peculiares de maior vulnerabilidade e da restrição de acesso à rede de saúde por essa população.

Art. 10 A gestão de saúde dos municípios que possuem unidades socioeducativas de internação e internação provisória deverá definir no território, Equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, que se responsabilize pela atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade e por sua inclusão na rede de atenção à saúde.

Parágrafo único. A gestão local de saúde deverá identificar e indicar à gestão do socioeducativo os serviços de saúde de referência para o atendimento dos adolescentes de cada unidade socioeducativa.

Art.11 Nas unidades socioeducativas de internação e internação provisória que possuem serviço de saúde, a equipe responsável pelas ações de saúde deve ser configurada minimamente por médico, enfermeiro e cirurgião dentista.

§1º A equipe de saúde da unidade socioeducativa que não tenha todos os profissionais referenciados no *caput* deste artigo deverá ser complementada por profissionais da Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Atenção Básica de referência acrescida dos profissionais de saúde mental externos à unidade.

§2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde em articulação com as Secretarias gestoras do Sistema Socioeducativo o estabelecimento de fluxos e normas para que as equipes citadas no *caput* deste artigo atuem em conformidade com a organização e gestão do SUS.

§3º Todas as unidades socioeducativas e suas equipes que atenderem a estas diretrizes deverão obrigatoriamente estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

§4º A atenção à saúde prestada dentro da unidade socioeducativa deve contar com estrutura física e equipamentos compatíveis com as ações a serem desenvolvidas, conforme Anexo V.

Art. 12 É facultado ao gestor municipal de saúde constituir equipe exclusiva para a atenção à saúde de adolescentes quando houver no município situações que a justifiquem.

§1º A equipe exclusiva deve seguir a mesma composição de uma Equipe de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal.

§2º Descrição e justificativas desta escolha devem constar do Plano Operativo, conforme Anexo II desta Portaria.

Art. 13 A equipe de saúde responsável pela atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade **deverá ser acrescida**:

I – Um profissional de Saúde Mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 adolescentes;

II – Dois profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 e 90 adolescentes; ou

NOTA TÉCNICA**18/2013**

III – Três profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população acima de 90 adolescentes.

§1º Compreende-se como profissionais de Saúde Mental: Psicólogo, Médico Psiquiatra e profissionais Assistente Social, Enfermeiro ou Terapeuta Ocupacional com especialização em saúde mental.

§2º Recomenda-se que as equipes sejam multiprofissionais, contando com pelo menos um Psicólogo ou Médico Psiquiatra.

§3º Os profissionais de Saúde Mental que comporão as equipes responsáveis pelas ações de saúde deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES da Equipe de Atenção Básica de referência, preferencialmente vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

§4º Os profissionais de Saúde Mental terão carga horária semanal mínima de 20h para o desenvolvimento das atribuições definidas nesta Portaria, e conforme legislações profissionais específicas.

Da Adesão dos Municípios

Art. 14 A operacionalização das diretrizes para atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória dar-se-á a partir da adesão do município-sede de unidade socioeducativa de internação e internação provisória, que incluirá esta população no seu planejamento de saúde.

Art. 15 O processo de adesão do município compreende:

I - Assinatura do Termo de Adesão pelo gestor municipal de saúde;

II - Elaboração de Plano Operativo, conforme modelo no Anexo II;

III – Aprovação do Plano Operativo pelo Conselho de Saúde, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e por Comissão Intergestores Regional (CIR) ou Bipartite (CIB), quando for o caso;

IV – Elaboração de Plano de Ação Anual contendo as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício, conforme modelo no Anexo III;

V – Análise e aprovação do processo pelo Ministério da Saúde, por meio de publicação de Portaria de Adesão no Diário Oficial da União.

Art. 16 Deverá ser constituída no âmbito municipal Grupo de Trabalho permanente, para a elaboração do Plano Operativo, do Plano de Ação Anual e o acompanhamento e monitoramento da implantação destas diretrizes.

Parágrafo único. Integrarão o Grupo de Trabalho representantes das seguintes instituições:

- a) Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Secretaria gestora do sistema socioeducativo em âmbito local;
- c) Unidades Socioeducativas;

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- d) Conselhos Municipais;
- e) Outras instituições estratégicas no território.

Do financiamento para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade

Art. 17 Com a adesão às normas e diretrizes específicas para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, os municípios, **por meio das secretarias municipais da saúde**, farão jus a incentivo financeiro para o desenvolvimento de ações de saúde junto às unidades socioeducativas de internação e internação provisória.

Art. 18 O incentivo financeiro para custeio das ações de saúde será definido em portaria específica, repassado em parcelas mensais pelo Fundo Nacional de Saúde, na modalidade fundo a fundo.

Art. 19 O repasse do incentivo previsto no artigo anterior será condicionado ao cumprimento de requisitos constantes nesta Portaria.

Parágrafo único. A primeira parcela em cada ano de exercício será vinculada ao recebimento do Plano de Ação Anual pela Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens/DAPES/SAS/MS.

Do Monitoramento e Avaliação

Art. 20 O monitoramento e a avaliação da implementação das diretrizes desta política serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais e relatórios sobre a implementação das ações de saúde sob responsabilidade das referências técnicas de saúde de adolescentes e jovens dos municípios aderidos e dos Grupos de Trabalho permanentes.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão alimentar regularmente os instrumentos de informação oficiais.

§ 2º O monitoramento e a avaliação de que tratam o *caput* terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS.

Art. 21 As ações de saúde previstas nesta Portaria deverão integrar os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo a legislação específica.

Art. 22 Os repasses dos incentivos serão suspensos nos casos em que for constatada pelo menos uma das situações:

- a) equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 dias.
- b) ausência de encaminhamento à Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens/DAPES/SAS/MS, de relatório elaborado pelo Grupo de Trabalho permanente, sobre

NOTA TÉCNICA**18/2013**

a implantação das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade por período superior a 60 dias da data estipulada para recebimento;

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Disposições gerais

Art. 23 Os municípios que recebem o incentivo previsto na Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008, terão o prazo de seis meses para se adequarem às normas estabelecidas nesta Portaria.

Art. 24 Os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho: 10.301.2015.20YI-PO 0004 – Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem.

Art. 25 Fica revogada a Portaria SAS/MS nº 647, de 11 de novembro de 2008.

Art. 26 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MAGALHÃES MIRANDA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

NOTA TÉCNICA**18/2013****ANEXO I****ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES MÍNIMAS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E
RESPONSABILIDADES INTERSETORIAIS****1. Atribuições das equipes mínimas de referência em saúde**

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que parte da equipe preconizada pelas diretrizes esteja lotada e atuando somente dentro do sistema socioeducativo, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de não-totalidade institucional e reinserção social.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), o qual deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que atua no atendimento do adolescente.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao Juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população, como o oferecimento da visita íntima.

1.1. Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integram as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde, se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda por avaliação psicossocial conforme indicação dada pelo Art. 60 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento

NOTA TÉCNICA**18/2013**

psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas *tecnologias leves* referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do **matriciamento**. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas decisões terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental que compõem a equipe de saúde:

- 1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;
- 2) Mapeamento e articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;
- 3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;
- 4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;
- 5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;
- 6) Fomentar discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 7) Fomentar intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;
- 8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- 9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;
- 10) Promover o seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

NOTA TÉCNICA

18/2013

2. Das responsabilidades

As diretrizes para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória são produto de compromissos comuns entre parceiros intersetoriais dos três níveis interfederativos. Assim, tem-se como responsabilidades:

2.1 Do Ministério da Saúde

- Gestão destas Normas em âmbito federal;
- Coordenar e apoiar a implantação e implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei em âmbito nacional;
- Co-financiar a atenção à saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória;
- Prestar assessoria técnica aos Estados e Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e Plano de Ação;
- Elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
- Elaborar e disponibilizar modelos de monitoramento e avaliação das diretrizes para estados e municípios;
- Padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo;
- Apoiar tecnicamente a Secretaria dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo instalações físicas e equipamentos;
- Elaborar as diretrizes da educação permanente para a capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais a ser operacionalizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

2.3 Das Secretarias Estaduais de Saúde

- Coordenar e apoiar os municípios na implantação e implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei no Estado;
- Apoiar e participar da elaboração dos Planos Operativos municipais, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e a secretaria gestora do sistema socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo;
- Realizar o monitoramento e avaliação das ações constantes no Plano de Ação Anual dos municípios;
- Apoiar e incentivar a inserção da população adolescente privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo estado e municípios;

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- Contrapartida em ações e serviços previstos nos Planos de Ação Anuais, elaborados pelos municípios;
- Organizar a referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde;
- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, conforme pactuação;
- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais;
- Elaborar e/ou implementar diretrizes assistenciais.

2.4 Secretarias Municipais de Saúde

- Instituir Grupo de Trabalho permanente, em articulação com a secretaria gestora do sistema socioeducativo, para a implementação e acompanhamento das diretrizes para atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a Lei;
- Elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, em parceria com a secretaria gestora do sistema socioeducativo;
- Inserir no planejamento anual da secretaria e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade;
- Participar do co-financiamento das ações e serviços previstos nestas Normas;
- Inserir a população adolescente privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município e redes de atenção à saúde;
- Garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a Política de Assistência Farmacêutica;
- Contratar e controlar os serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população adolescente em regime de internação e internação provisória;
- Capacitar as equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, conforme pactuação;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual;
- Participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas de socioeducativas e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS;
- Prover o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) para os adolescentes.

NOTA TÉCNICA**18/2013****ANEXO II**
PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os pontos da atenção básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória no Município.

O Plano Operativo integra os Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no Art. 19, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no município;
- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do município;
- Indicação do Grupo de Trabalho permanente responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;
- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;
- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos (descrição dos ambientes de saúde disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver).

3. Gestão do Plano:

Descrição de como a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo irá coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo. Indicação da composição do grupo gestor para acompanhamento da implantação e implementação das diretrizes e ações de saúde.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família responsável pela atenção em saúde de cada unidade socioeducativa do município.

NOTA TÉCNICA**18/2013**

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo: informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe mínima de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;
- Indicação dos números do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES referentes às equipes de Atenção Básica de referência e à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).
- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo de referência e contrarreferência em saúde

- Indicação dos pontos de atenção básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa do município;
- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;
- Podem ser considerados pontos de atenção intermunicipais disponíveis nas Redes de Atenção à Saúde pactuadas por estados e municípios.

7. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;
- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;
- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

8. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

- Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

9. Co-financiamento: explicitação das contrapartidas de cada secretaria para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes

- Contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde;
- Contrapartida da Secretaria de Estado de Saúde;
- Contrapartida da Secretaria Gestora Estadual do Sistema Socioeducativo;
- Contrapartida de outras instituições parceiras

10. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

Brasília, 22 de maio de 2013

NOTA TÉCNICA

18/2013

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo – por meio do grupo gestor – farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;
- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto pelo Ministério da Saúde.
- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

NOTA TÉCNICA

18/2013

ANEXO III AÇÕES DE SAÚDE E PLANO DE AÇÃO ANUAL

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

O planejamento anual deve levar em consideração o rol de ações descritas abaixo como obrigatórias e/ou desejáveis e também o desenvolvimento de outras ações e processos de trabalho que respondam às principais situações encontradas no diagnóstico de saúde, devendo ser apresentadas de acordo com o modelo neste Anexo.

O Plano de Ação deve indicar a média de adolescentes atendidos em cada unidade socioeducativa de internação e/ou internação provisória, tendo como base o trimestre anterior à elaboração do referido Plano.

É importante que as equipes de saúde responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes e os gestores locais do socioeducativo participem da elaboração do Plano de Ação.

AÇÕES DE SAÚDE		Aplica-se a Unidades:	
Obrigatórias	Desejáveis	Internação	Internação Provisória
Cadastramento do adolescente para o recebimento do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS)	-----	X	X
Desenvolvimento de ações de promoção e proteção de saúde	Articulação com a Vigilância Sanitária para avaliação e melhoria das condições sanitária da Unidade Socioeducativa	X	X
	Ações de promoção da saúde que envolvam a participação da família dos adolescentes		
Oferta de oficinas terapêuticas e/ou ocupacionais	Promoção de atividades e práticas corporais e atividades físicas supervisionadas	X	X
Consulta clínica médica para todos os adolescentes na entrada da instituição.	-----	X	X
Consulta clínica médica anual para todos os adolescentes (mesmo para aqueles cujo tempo da medida socioeducativa for inferior a 1 ano)	Consulta clínica médica semestral para todos os adolescentes.	X	
02 Consultas de enfermagem por ano para todos os adolescentes (mesmo para aqueles cujo tempo da medida socioeducativa for inferior a 1 ano).	02 Consultas de enfermagem semestrais para todos os adolescentes.	X	

NOTA TÉCNICA

18/2013

Oferecimento de testagem rápida de HIV, com aconselhamento pré e pós-teste	-----	X	X
Imunização de todos(as) os(as) adolescentes	Preenchimento do calendário vacinal na Caderneta de Saúde de Adolescentes	X	X
Consulta ginecológica (com exame colpocitológico) anual para todas as adolescentes (mesmo para aquelas cujo tempo da medida socioeducativa for inferior a 1 ano), preferencialmente na entrada do adolescente na instituição	-----	X	
Oferta de métodos contraceptivos e preservativos.	Acesso desburocratizado e por demanda espontânea a métodos contraceptivos e preservativos.	X	X
Encaminhamento e acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério da adolescente grávida	Inclusão da adolescente nos fluxos da Rede Cegonha, em todos os componentes disponíveis no município	X	X
Consulta odontológica anual para todos os adolescentes (mesmo para aqueles cujo tempo da medida socioeducativa for inferior a 1 ano), preferencialmente em sua entrada na instituição, com aplicação tópica de flúor	Consulta odontológica semestral e aplicação tópica de flúor para todos os adolescentes, sendo a primeira preferencialmente em sua entrada na instituição	X	
Realização de exame de acuidade visual	Consulta oftalmológica anual	X	
Identificação e acompanhamento dos casos de vítimas de violência institucional	Articulação intra e intersetorial para acompanhamento dos casos de violência	X	X
Implementação e preenchimento da notificação compulsória de violências	Promoção de ações psicossociais que envolvam adolescentes, familiares e profissionais da unidade socioeducativa	X	X
Análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções	Avaliação anual do Plano Terapêutico de Saúde ou quando o PIA for modificado	X	X
Avaliação psicossocial e/ou agenciamento na rede de atenção à saúde de casos que apresentem indícios de transtornos mentais ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas			
Inclusão do Plano Terapêutico de Saúde no PIA			

NOTA TÉCNICA**18/2013****Modelo de Plano de Ação**

I - Identificação do Município;

II - Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último trimestre

III - Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

IV - Indicação das principais demandas de saúde dos adolescentes no ano anterior: atualização do diagnóstico situacional de saúde;

V - Indicação das ações a serem desenvolvidas:

	Linhas de Ação	Ação	Meta física	Público-alvo	Prazo	Responsável
A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial					
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos					
C)	Saúde bucal					
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas					
E)	Prevenção e Controle de agravos					
F)	Educação em Saúde					
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas					

VI - Assinatura pelo gestor municipal de saúde, gestor do sistema socioeducativo.

ANEXO IV**TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO**

A Secretaria de Saúde do Município de _____ e a (Secretaria Estadual Gestora do Sistema Socioeducativo) do Estado de _____, por meio de seus representantes, por estarem de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Adolescentes em situação de Privação de Liberdade, em regime de internação e internação provisória, aprovadas pela Portaria Interministerial MS/SDH/SPM n.º 1.426, de 14 de julho de 2004, formalizam o presente Termo de Compromisso.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Operativo do respectivo município, apresentando-o ao Conselho Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e, quando necessário, à Comissão Intergestores Regional/Bipartite, contendo, no mínimo, os seguintes componentes:

- a) Apresentação
- b) Diagnóstico de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade
- c) Gestão do Plano: descrição de como a Secretaria Municipal de Saúde irá coordenar o processo de implantação das diretrizes para atenção à saúde e de como pretende gerir o Plano Operativo. Indicação do Grupo de Trabalho permanente.
- d) Gestão das ações de saúde previstas no Plano Operativo
- e) Indicação da Equipe responsável pelas ações de saúde em cada unidade socioeducativa
- f) Fluxo de referência e contrarreferência em saúde
- g) Previsão e fluxos da Assistência Farmacêutica e Insumos
- h) Parcerias governamentais e não-governamentais previstas
- i) Co-financiamento: explicitação das contrapartidas de cada secretaria para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes
- j) Modos de acompanhamento e avaliação do Plano Operativo

Também se comprometem a elaborar e atualizar anualmente, juntamente com a equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde, o Plano de Ação contendo as metas físicas a serem realizadas junto à população adolescente em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória.

_____, ____ de _____ de 20____.
(Local e data)

(Gestor municipal de saúde)

(Gestor estadual do socioeducativo)

ANEXO V

**PARÂMETROS PARA CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO OU REFORMA DE
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO E INTERNAÇÃO
PROVISÓRIA**

Dadas as características de privação de liberdade inerentes à medida de internação e internação provisória, é imprescindível:

- a) Existência de, no mínimo, um ambiente para ações de saúde desta população, na unidade. Este ambiente deve proporcionar privacidade tanto ao profissional de saúde quanto ao adolescente, ainda deve fornecer condições de higiene e segurança sanitária aos processos ali desenvolvidos.

Este ambiente pode ser indiferenciado para atendimento multiprofissional a ser utilizado, se necessário, por um ou mais profissionais de saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, assistente social e cirurgião dentista, dentre outros), que seja provido de lavatório, *despenser* de sabão líquido, suporte de papel para secagem das mãos (conforme Manual de Lavagem das mãos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Anvisa 2007);

O lavatório desse ambiente pode estar localizado em banheiro anexo e de uso exclusivo desse.

- b) Caso funcione um serviço de saúde na unidade socioeducativa, a estrutura física deve respeitar os parâmetros abaixo conforme as ações definidas no Plano Operativo.

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório ¹	7,5 m ²	Lavatório
Consultório odontologia	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Posto de enfermagem ²	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem ³ 1 maca de procedimentos 1 mesa (para relatórios) 1 hamper de lixo 1 hamper de roupa suja
Dispensário de Medicamentos	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sobre a bancada do posto de enfermagem
Sala de Utilidades	6,00m ²	Com pia de despejo. Pode haver guarda de resíduos sólidos (<i>hampers</i>)
- Sala de esterilização ⁴	4,8 m ²	Comum aos consultórios e ao Posto de Enfermagem
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa
DML	2,0 m ²	Depósito de material de limpeza - com tanque
Sanitários para equipe de saúde	1,6 m ² (cada)	1 masculino e 1 feminino

¹ No caso da utilização de aparelho odontológico portátil as atividades de odontologia podem ser realizadas no consultório indiferenciado.

² No Posto de enfermagem podem ser realizadas as atividades de vacinação ou curativos.

³ Observar o Manual de Higienização das Mão em Serviços de Saúde - Anvisa 2007; http://www.anvisa.gov.br/servicosaudes/manuais/paciente_hig_maos.pdf

⁴ Consultórios odontológicos individuais podem dispensar a CME simplificada e possuir, no mesmo ambiente, uma bancada com pia e equipamentos de esterilização, desde que sejam estabelecidas rotinas de assepsia e manuseio de materiais a serem esterilizados (barreira técnica). www.anvisa.gov.br/servicosaudes/manuais/manual_odonto.pdf

Observações:

I) Na não existência de sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais, o Serviço de Saúde deve prevê-lo segundo os parâmetros da ABNT 9050 de 2004.

<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/corde/ABNT/NBR9050-31052004.pdf>

"Os boxes para bacia sanitária devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°, conforme figura. Quando houver mais de um boxe acessível, as bacias sanitárias, áreas de transferência e barras de apoio devem estar posicionadas de lados diferentes, contemplando todas as formas de transferência para a bacia."

II) Os projetos de reforma ou ampliação além de apresentar Memorial Descritivo e Projeto Básico de Arquitetura devem também prever Memorial Justificativo a fim de esclarecer quais as adequações serão realizadas, e adequar os ambientes às recomendações do Decreto Federal 5296, de 2 de dezembro de 2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade a pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida. Os projetos físicos devem ser elaborados por profissionais habilitados pelo Sistema Confea/CREA.

III) Quando da construção de novas unidades socioeducativas deve haver um Estudo Preliminar que contemple um Plano Operativo, considerando a articulação dos gestores do sistema socioeducativo e da saúde.

Referências:

1. PROJETOS FÍSICOS: devem estar em conformidade com a resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, exceto o consultório multiprofissional. O planejamento da área física de nutrição e alimentação deve ser assessorado por nutricionista especialista em alimentação institucional.

2. ACESSOS: a unidade deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até o ambulatório de saúde da unidade deve ser o mais curto e direto possível;

3. SEGURANÇA: todos os processos e procedimentos de trabalho dentro desse espaço devem observar os critérios de segurança, definidos pela unidade socioeducativa, para a guarda e o uso de objetos perfuro-cortantes.

4. CORREDORES: os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desniveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

5. PORTAS: todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários.

Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macás, ou seja, as portas das salas de curativos e das salas de observação devem ter dimensões mínimas de 1,10m (vão livre) x 2,10m;

6. ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO: os consultórios devem possuir ventilação e iluminação naturais.

7. LAVAGEM DE ROUPAS: Toda a roupa oriunda do estabelecimento de saúde da unidade deve ser lavada, de forma direta ou terceirizada em uma lavanderia do tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução ANVISA RDC No- 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

8. LAVATÓRIOS / PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Manual de Higienização das Mãos - http://www.anvisa.gov.br/servicosauda/manuais/paciente_hig_maos.pdf

9. RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade da saúde devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável.

É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

10. MATERIAIS DE ACABAMENTO: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza freqüente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel.

Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos.

Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes;

11. RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

12. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos[1] nos ambientes da unidade de saúde, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo;

13. INSTALAÇÕES:

13.1- Esgoto: caso a região onde a unidade estiver localizada tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante do estabelecimento de saúde e mesmo da unidade de internação pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso);

13.2- Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

13.3- Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

13.4- Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

14. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo pode ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades da unidade de internação. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC Nº 50 de 21/02/2002.

MINUTA DE PORTARIA N° _____, DE _____ DE 2013

Define o valor do incentivo de custeio referente às ações para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições e:

Considerando a Portaria SAS/MS nº **XXX**, de **XX** de **XXXX** de **XXXX**, que estabelece as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória, resolve:

Art. 1º Definir que o valor do incentivo de custeio referente às ações para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em regime de internação e internação provisória, tem como base a média de adolescentes internados no último trimestre, por unidade socioeducativa de internação e/ou internação provisória, informadas no Plano de Ação Anual.

Art. 2º Fixar em R\$ 7.486,50 (sete mil quatrocentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos) mensais o valor do incentivo referente à unidade socioeducativa que atende uma média igual ou inferior 40 adolescentes.

Art. 3º Fixar em R\$ 8.556,00 (oito mil quinhentos e cinquenta e seis reais) mensais o valor do incentivo referente à unidade socioeducativa que atende uma média igual ou superior a 41 e não superior a 90 adolescentes.

Art. 4º Fixar em R\$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) mensais o valor do incentivo referente à unidade socioeducativa que atende uma média superior e 90 adolescentes.

Parágrafo único. Os valores do incentivo têm como base o valor do repasse a uma Equipe de Saúde da Família, modalidade 1, na proporção de 70, 80 e 100% respectivamente.

Art. 5º Os complexos socioeducativos com mais de uma unidade de internação ou internação provisória instaladas em um mesmo terreno serão considerados como uma única unidade, e farão jus ao incentivo em conformidade com a média total de adolescentes internados no último trimestre indicada no Plano de Ação Anual.

Art. 6º Os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho: 10.301.2015.20YI-PO 0004 – Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência [mês] de 2013.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA