

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA
PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Michele Berger Ferreira

Porto Alegre, 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA
PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada por **Michele Berger Ferreira** ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela Heineck

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Lia Gonçalves Possuelo

Porto Alegre, 2023.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 29/05/2023, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Marina Mattozo Rover
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Renata Maria Dotta
Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

Ferreira, Michele Berger
CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
SISTEMA PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL / Michele
Berger Ferreira. -- 2023.
145 f.
Orientadora: Isabela Heineck.

Coorientadora: Lia Gonçalves Possuelo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de
Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Medicamentos. 3.
Saúde Prisional. 4. Integralidade em saúde. I.
Heineck, Isabela, orient. II. Possuelo, Lia
Gonçalves, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que nunca me desamparou, especialmente nos últimos anos que foram de grandes provações. Gratidão pela minha saúde e pelo privilégio de estar concluindo essa importante etapa.

Aos meus pais, Paulo e Susete, que são minha base e grandes incentivadores. Obrigada pelo amor e apoio incondicional, pelos conselhos e principalmente por compreenderem meus momentos de ausência.

Ao ao meu companheiro na vida, Diogo, por estar ao meu lado em todos os momentos sejam bons ou ruins, por sempre me apoiar e incentivar. Obrigada pelo amor, compreensão e principalmente por ser meu parceiro e tornar meus dias mais leves. Te amo!

A minha orientadora, Dra Isabela Heineck, primeiramente pela oportunidade, por ter acreditado em mim e na proposta deste trabalho. Sou muito grata pelo teu acolhimento, disponibilidade, por sempre transmitir segurança, por todos os ensinamentos e experiências compartilhados durante essa jornada!

Agradeço a minha coorientadora, Dra Lia Possuelo, pelo incentivo à pesquisa desde o meu período na graduação e pela grande parceria durante essa etapa da minha formação acadêmica. Obrigada pela disponibilidade e apoio na construção deste trabalho, pela paciência e por todos ensinamentos!

Ao Núcleo de Pesquisa e Extensão com Foco no Sistema Prisional (NUPESISP) da Universidade de Santa Cruz do Sul, pela oportunidade de participar de atividades e pelos conhecimentos compartilhados sobre a saúde prisional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e especialmente aos Docentes, por oportunizarem acesso à uma qualificação acadêmica e profissional singular.

RESUMO

A Assistência Farmacêutica possui papel transversal e estratégico no SUS na garantia de integralidade ao cuidado e resolutividade das ações em saúde. A população privada de liberdade tem o direito à saúde legalmente garantido, contudo, o acesso equitativo ao SUS e às ações de saúde ainda permanece um desafio. **OBJETIVO:** caracterizar a Assistência Farmacêutica no sistema prisional do Rio Grande do Sul, em termos de organização e infraestrutura no âmbito da atenção primária à saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com desenho transversal, realizado em unidades prisionais do Rio Grande do Sul, no período de agosto e setembro de 2022. Todas as unidades prisionais em atividade foram elencadas para o estudo, totalizando 101 estabelecimentos que integram as 10 Delegacias Penitenciárias Regionais (DPR). A coleta de dados foi realizada de forma remota, utilizando um questionário elaborado e adaptado com base na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). **RESULTADOS:** Um total de 51 questionários foram respondidos, correspondendo a uma taxa de retorno de 50,5%. Em relação ao perfil das unidades prisionais, 54,9% possui Unidade Básica de Saúde prisional e 52,9% equipe de Atenção Primária Prisional. Poucas unidades prisionais possuem área exclusiva destinada à farmácia, predominando apenas um local para guarda de medicamentos, como armário/prateleira (58,8%). A existência de Procedimento Operacional Padrão para atividades de AF não é uma realidade em 78,4% das unidades prisionais, assim como de sistema informatizado para AF (68,6%). As condições de armazenamento dos medicamentos são deficitárias, sendo observado baixos percentuais de itens para assegurar as condições adequadas de conservação e guarda, como ar-condicionado (43,1%), termômetro (15,7%) e geladeira para armazenamento de termolábeis (35,3%), além de 31,4% não realizar nenhum monitoramento das condições de armazenamento. Um alto percentual das unidades prisionais realiza o fracionamento de medicamentos (78,4%), porém apenas 9,8% contam com a presença de Farmacêutico. A dispensação de medicamentos ocorre em 3,9% das unidades prisionais, sendo geralmente a entrega realizada aos detentos pelo Técnico em Enfermagem (29,4%) ou pelo Agente Penitenciário (29,4%). **CONCLUSÃO:** Foi possível obter um panorama inédito em relação as condições de organização e infraestrutura da AF no contexto prisional do Rio Grande do Sul, sendo verificadas importantes fragilidades e necessidade de adequação. Tais dados podem contribuir para a gestão na condução de futuras ações de aprimoramento e qualificação desse eixo da saúde, visando garantir o adequado acesso da população prisional às ações do SUS.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Prisões, Integralidade em Saúde; Medicamentos.

ABSTRACT

Pharmaceutical Assistance has a transversal and strategic role in the SUS in guaranteeing comprehensive care and resolving health actions. The population deprived of liberty has the legally guaranteed right to health, however, equitable access to the SUS and health actions still remains a challenge. **OBJECTIVE:** to characterize Pharmaceutical Assistance (PA) in the prison system of Rio Grande do Sul, in terms of organization and infrastructure within the scope of primary health care. **METHODS:** This is a descriptive, exploratory study with a cross-sectional design, carried out in prisons in Rio Grande do Sul, between August and September 2022. All prisons in operation were listed for the study, totaling 101 establishments comprising 10 Regional Penitentiary Stations. Data collection was carried out remotely, using a questionnaire designed and adapted based on the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines in Brazil (PNAUM). **RESULTS:** A total of 51 questionnaires were answered, corresponding to a return rate of 50.5%. Regarding the profile of the prison units, 54.9% have a Prison Basic Health Unit and 52.9% a Prison Primary Care team. Few prison units have an exclusive area for the pharmacy, with only one place for storing medicines, such as a cabinet/shelf (58.8%). The existence of a Standard Operating Procedure for AF activities is not a reality in 78.4% of prison units, as well as a computerized system for AF (68.6%). Medication storage conditions are deficient, with low percentages of items to ensure adequate conservation and storage conditions, such as air conditioning (43.1%), thermometer (15.7%) and refrigerator for storing thermolabile products (35.3%), in addition to 31.4% not carrying out any monitoring of storage conditions. A high percentage of prison units carry out medication fractionation (78.4%), but only 9.8% have a Pharmacist. Dispensing of medication occurs in 3.9% of prison units, and delivery is usually carried out to inmates by the Nursing Technician (29.4%) or by the Penitentiary Agent (29.4%). **CONCLUSION:** It was possible to obtain an unprecedented panorama regarding the conditions of organization and infrastructure of AF in the prison context of Rio Grande do Sul, with important weaknesses and the need for adaptation being verified. Such data can contribute to the management in carrying out future actions to improve and qualify this health axis, aiming to guarantee the adequate access of the prison population to the actions of the SUS.

Keywords: Pharmaceutical Services; Prisons; Integrality in Health; Drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEME – Central de Medicamentos

CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional

DNTs – Doenças não-transmissíveis

LEP - Lei de Execução Penal

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISP - Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL – População Privada de Liberdade

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RS – Rio Grande do Sul

SES/RS – Secretaria de Saúde do Estado do RS

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEPE - Superintendência dos Serviços Penitenciários

UP – Unidade Prisional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Assistência Farmacêutica: Organização e estruturação como Política de Saúde no Brasil	20
3.1.1 Política Nacional de Medicamentos (PNM)	22
3.1.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).....	23
3.2 Qualificação da AF no SUS	28
3.3 Atenção Primária à Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica	31
3.3.1 Assistência Farmacêutica na APS	33
3.4 Gestão, planejamento e avaliação dos serviços de saúde e da AF	35
3.5 Atenção à saúde no Sistema Prisional.....	39
3.5.1 Políticas Públicas e direito à saúde no Sistema Prisional.....	40
3.5.2 Saúde Prisional no Rio Grande do Sul	47
3.5.3 Agravos à saúde da PPL e a importância da AF na integralidade ao cuidado	49
4 MÉTODO	58
4.1 Delineamento do estudo	58
4.2 Local do estudo	58
4.3 Caracterização da AF	58
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	59
4.5 Critérios éticos	59
4.6 Retorno aos participantes da pesquisa.....	60
4.7 Análise dos dados.....	60
5 ARTIGO	62
6 DISCUSSÃO GERAL	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DO CBAF NO ÂMBITO DA PNAISP, POR MUNICÍPIO, NO ANO DE 2022	110
APÊNDICE B – DELEGACIAS PENITENCIÁRIAS REGIONAIS DO ESTADO DO RS	112

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NAS UPs	118
APÊNCICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	130
ANEXO A – Autorização da Superintendência dos Serviços Penitenciários... 134	
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS	135
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ESP/SES/RS	143
ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	152

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90 representa um importante marco no que se refere a consolidação ao direito à saúde no Brasil. Entre os campos de atuação do SUS está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, sendo nesse contexto evidenciado o papel estratégico da Assistência Farmacêutica (AF) nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a).

A AF, no âmbito do SUS e como parte integrante da Política Nacional de Saúde, visa garantir o acesso a medicamentos e insumos para toda população, assim como aos serviços farmacêuticos. Nos mais de 30 anos de trajetória do SUS, a AF passou por profundas mudanças em sua estruturação a fim de atender as demandas que surgiram ao longo do tempo, sendo relevante destacar a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A PNAF foi um importante aprimoramento das finalidades da Política Nacional de Medicamentos, visto que transpôs o foco no medicamento, enfatizando também o cuidado centrado no paciente (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018a).

As desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde são uma realidade enfrentada pela população brasileira, de modo que entre os indivíduos privados de liberdade as iniquidades são maiores (MIRANDA; ZANDONAD; NETO, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016). Atualmente, o Brasil possui uma população prisional superior a 800 mil pessoas e um déficit que supera as 300 mil vagas, assim, a superlotação do sistema acrescida das precárias condições sanitárias e de acesso à saúde tornam esse ambiente reservatório e meio de propagação potenciais de diversas doenças (ANDREOLI et al., 2014; BINSWANGER et al., 2016; ECDC, 2017; NDEFFO-MBAH et al., 2018; FAIR, WALMSLEY, 2021).

Os agravos em saúde que acometem a população geral também são encontrados no sistema carcerário, podendo ser potencializados devido as condições precárias de confinamento. A prevalência de doenças infectocontagiosas é substancialmente maior entre os indivíduos encarcerados em comparação a população geral, assim como também é observado em relação a ocorrência de doenças mentais (ANDREOLI et al., 2014; SGARBI et al., 2015; DOLAN et al., 2016; CARBONE et al., 2017; MBUD et al., 2019; FOVET et al., 2020). Assim, a saúde prisional deve ser uma preocupação para a sociedade como um todo, visto a ligação

entre prisões e comunidades, considerando as interações e transições de pessoas entre esses dois ambientes.

A população privada de liberdade (PPL) tem o direito à saúde garantido pela Constituição Federal e pela Lei de Execução Penal (LEP), a qual dispõe que a atenção a saúde deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Posteriormente, visando efetivar o acesso à saúde no sistema prisional, foram instituídos o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003 e, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que atualmente norteia a organização do cuidado à saúde da PPL e visa garantir o seu acesso ao SUS. A partir da PNAISP houve uma reorientação no modelo das ações em saúde, consonante a lógica do SUS, assim, cada unidade prisional passou a ser uma porta de entrada e ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014a; LERMEN et al., 2015).

No que se refere a AF, a partir da PNAISP, um novo modelo foi proposto a fim de atender a realidade e complexidade do sistema prisional. Desse modo, foram estabelecidas normas para o financiamento e execução do Componente Básico da AF (CBAF), sendo a oferta de medicamentos embasada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O financiamento do CBAF no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), correspondendo ao valor de R\$ 17,73 por pessoa privada de liberdade anualmente e a execução é descentralizada aos Estados ou Municípios, conforme pactuação (BRASIL, 2014c).

No contexto das ações para efetivação do direito à saúde no sistema prisional, o Rio Grande do Sul (RS) tem se destacado no cenário nacional, na regulamentação de normatizações para gestão, organização e implementação de ações e serviços de saúde nas unidades prisionais, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) (SCHULTZ et al., 2017). Assim, o RS é considerado precursor no Brasil no processo de municipalização e cofinanciamento de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

A AF no SUS é objeto de vários estudos, que revelam avanços importantes e também disparidades nas ações, considerando as diferentes regiões do País (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BARROS et al., 2017; GERLACK et al., 2017; SOUZA et al., 2017). No entanto, os dados sobre a AF no contexto prisional brasileiro são restritos, sendo ainda muito reservados ao conteúdo da PNAISP e normatizações sobre o financiamento do CBAF. Estudos sobre a AF no ambiente carcerário são

mundialmente escassos, sendo observada a ocorrência de pesquisas principalmente em países de alta renda (COSTA; QUEIROZ; SOLER, 2020).

A OMS considera o acesso aos medicamentos como um dos indicadores que mensuram os avanços na concretização do direito à saúde. Nesse sentido, é fundamental a percepção de que a disponibilidade dos medicamentos precisa estar em acordo com o quadro epidemiológico, com suficiência, regularidade e qualidade apropriada, além de que é necessário a orientação do uso correto dos medicamentos, bem como o acompanhamento da sua utilização quando necessário. Assim, podemos inferir que a concretização do modelo de AF proposto pelas políticas públicas de saúde, necessita de articulação e sinergismo entre as ações gerenciais e as assistenciais com foco no indivíduo (WHO, 2008; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Diante do exposto, considerando as premissas da PNAISP e o papel estratégico da AF no SUS, se verifica uma importante lacuna nos dados sobre esse eixo da saúde no contexto prisional, justificando a necessidade de estudos no âmbito. Assim, através do presente estudo objetivou-se caracterizar a AF no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul em termos de organização e infraestrutura, à nível de Atenção Primária à Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar a Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul em termos de organização e infraestrutura, à nível de Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar levantamento da AF no sistema prisional do Estado;
- Descrever as condições atuais da AF, em termos de organização e infraestrutura existentes nas unidades prisionais (UPs);
- Fornecer informações sobre o panorama da AF no contexto prisional gaúcho, visando fomentar estudos voltados à temática e ações de qualificação da AF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Assistência Farmacêutica: Organização e estruturação como Política de Saúde no Brasil

A criação do SUS, em 1990, tendo como princípios norteadores universalidade, integralidade e equidade, constitui um importante marco para efetivação do direito à saúde, garantido constitucionalmente a todos cidadãos, bem como para a construção políticas públicas de saúde no Brasil. Destaca-se que entre os campos de atuação do SUS está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. A AF possui papel estratégico e transversal no SUS, na garantia de integralidade do cuidado e resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a).

A compreensão da estruturação e organização da AF no País, perpassa pelo reconhecimento de importantes fatores e marcos temporais. A AF teve seu ponto inicial, como política pública, no ano de 1971, através da instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual tinha como missão fornecer medicamentos à população economicamente desfavorecida para adquiri-los e se caracterizava pela centralização de aquisição e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2011a).

Entre as ações desenvolvidas pela CEME, destaca-se a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em 1975, como forma de racionalizar a AF. A RENAME tornou-se um instrumento para o fornecimento de medicamentos prioritários destinados ao uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Outra iniciativa importante, foi a operacionalização, em 1987, do Programa de Farmácia Básica, que tinha como proposta racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária através de um conjunto padrão de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais prevalentes na população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial (COSENDEY et al., 2000).

Durante o período de atividades da CEME, os recursos financeiros para a operacionalização eram provenientes do convênio firmado entre a Central e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo a gestão centralizadora, excluindo estados e municípios dos processos decisórios. A CEME era um órgão ligado

diretamente à Presidência da República e passou por diversas fases desde sua criação, já que esteve sujeita às influências de várias ideologias e interesses políticos. Conseqüentemente, ocorria desvios dos seus objetivos iniciais, conforme o contexto político se alterava (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A década de 1980 constitui um importante período na luta por mudanças político-sociais no Brasil, sendo os movimentos da Reforma Sanitária potencializados e o fortalecimento das políticas públicas de saúde ocorrendo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com ampla participação de trabalhadores, governo e segmentos organizados da sociedade. A Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco revolucionário na história da saúde, de modo que embasou as negociações na Assembleia Nacional Constituinte para a Reforma Sanitária em 1988 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nesse contexto, em 1988, ocorreu o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, simbolizando um princípio de reorientação da AF. O evento propiciou um debate amplo e democrático, reunindo pela primeira vez um conjunto de forças do Estado e da sociedade civil para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e Medicamentos. O encontro apresentou um diagnóstico da situação do setor farmacêutico no Brasil, que serviu de base para as discussões que fundamentaram a proposta de uma Política Nacional de Medicamentos (SANTOS; PERES; FONTANA, 2016).

Ao longo dos anos de existência da CEME, diversos problemas foram identificados, entre eles a subutilização da RENAME pelos prescritores, desperdícios de medicamentos decorrentes principalmente do pouco conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida, logística ineficiente com grandes perdas de medicamentos devido a expiração dos prazo de validade, além de insuficiência de recursos financeiro. Os anos de 1990 foram marcados por uma crise na CEME, devido a atritos com laboratórios oficiais e principalmente por escândalos de corrupção que culminaram com a sua extinção em 1997, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS) (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

3.1.1 Política Nacional de Medicamentos (PNM)

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e posteriormente a regulamentação do SUS em 1990, a necessidade emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos foi reforçada. Nesse cenário, foi aprovada em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída através da Portaria 3.916/98, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BRASIL, 2011a).

Anteriormente a PNM não havia uma definição nítida do escopo de ação da AF, dos objetivos e o conjunto de atividades que a integravam. A partir da PNM, a AF foi incluída formalmente como estratégia do SUS, sendo estabelecida a gestão descentralizada, a definição de recursos financeiros e a aquisição de medicamentos embasada por critérios epidemiológicos, a fim de otimizar o atendimento às necessidades locais das populações (BRASIL, 1998; BERMUDEZ et al., 2018).

As diretrizes e prioridades estabelecidas na PNM resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da AF no SUS. As principais finalidades da Política são garantir a segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Visando o alcance destes objetivos, destaca-se a importância da reorientação da Assistência Farmacêutica, a qual é definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2001, p.19).

Entre as prioridades da PNM, consta a revisão permanente da RENAME, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico. A edição de uma lista nacional de medicamentos tem entre seus objetivos servir de base para elaboração das relações de medicamentos a serem utilizadas nos níveis estadual e municipal de atenção à saúde. Assim, constitui um instrumento fundamental para a orientação da

prescrição, para garantia do acesso à AF e para promoção do uso racional de medicamentos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

Outro ponto de destaque, entre as diretrizes para alcançar os objetivos da PNM, se relaciona com o desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos, visando a disposição dos mesmos em qualidade e quantidade, assim como a necessidade de qualificar áreas específicas como promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento tecnológico e vigilância sanitária. Os recursos humanos são um dos fatores considerados como críticos nos sistemas e serviços de saúde, assim como, um dos componentes chave da política de medicamentos (WHO, 2003; OPS, 2016).

Nesse período, no que concerne a descentralização e financiamento da AF, os municípios passaram a gerir a compra de medicamentos essenciais distribuídos na atenção básica à saúde (ABS), enquanto os demais medicamentos referentes a programas específicos permaneciam com a aquisição centralizada pelas esferas estadual e federal. Já o financiamento ficou norteado pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com a participação da União através de repasse do fundo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde. As participações dos estados e municípios ficou estabelecida através das contrapartidas financeiras, somadas, não podendo ser inferiores ao valor repassado pelo governo federal (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

3.1.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

Apesar dos avanços a partir da PNM, era necessário garantir a efetivação das ações da AF buscando a ampliação do acesso a medicamentos, bem como aprimorar a articulação e integração das ações dentro do sistema de saúde. No contexto histórico-político do Brasil, após as eleições de 2002, o período de transição governamental foi marcado por atividades de diagnóstico das ações em andamento em diversos seguimentos da gestão federal. Na saúde, entre os focos estratégicos, estavam as ações e programas voltados ao acesso da população aos medicamentos, onde foram identificadas importantes lacunas no processo de gestão que estavam associadas à fragmentação, sobreposição e desarticulação das ações (LEITE et al., 2016).

A partir do diagnóstico realizado foi criada a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e como uma das suas estruturas essenciais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), que foi o ponto inicial para a institucionalização da AF no MS. Esse fato constituiu um passo essencial para a superação dos problemas evidenciados, bem como para a instituição no MS de um lugar qualificado para as interfaces com outras estruturas de governo na perspectiva de garantir o acesso aos medicamentos, às tecnologias e aos serviços demandados pela população, nos diferentes níveis de complexidade (LEITE et al., 2016).

Nesse cenário, em 2003, foi realizada a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, tendo como tema “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. Como resultado de destaque das discussões e propostas do evento, houve a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Resolução nº 338/2004, instituindo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A partir da PNAF a AF passou a ser considerada como uma das prioridades estratégicas da Política Nacional de Saúde, visando a garantia de acesso a medicamentos, insumos e aos serviços farmacêuticos para toda população (BRASIL, 2004).

A PNAF efetivou a AF como política de saúde e norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos: a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e dos recursos humanos, bem como a descentralização das ações. A AF ficou definida como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando acesso e o seu uso racional”. Deste modo, observa-se uma mudança no que se refere à superação do entendimento da AF, com foco exclusivo no medicamento, de modo a também enfatizar o cuidado com as pessoas (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018a).

Entre os pontos relevantes na consolidação da AF como política pública de saúde destaca-se, em 2006, sua inclusão no conjunto das definições do Pacto pela Saúde, instituído pelo MS. Nesse contexto, foram estabelecidas diretrizes operacionais e instituída a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. A partir disso, a AF consolidou-se como um dos blocos prioritários de financiamento para

o custeio das ações e dos serviços de saúde, considerando a alocação dos recursos federais (LEITE et al., 2016).

Já em 2007, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica foi dividido em três componentes: Componente Básico (CBAF) destinado a aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica; Componente Estratégico (CESAF) para financiamento de medicamentos para doenças de perfil endêmico e o Componente de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (CMDE) caracterizado pelo fornecimento de medicamentos de alto valor, ou que devido a tratamento crônico, se tornavam excessivamente caros. Posteriormente, em 2009, o CMDE foi alterada para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), pois apresentava inúmeras limitações, dificultando o cumprimento dos princípios da integralidade e universalidade e também em consideração ao entendimento que o SUS não estava ofertando medicamentos de forma excepcional aos usuários, mas sim através de política pública adequadamente estruturada (BRASIL, 2010a, BRASIL, 2014b).

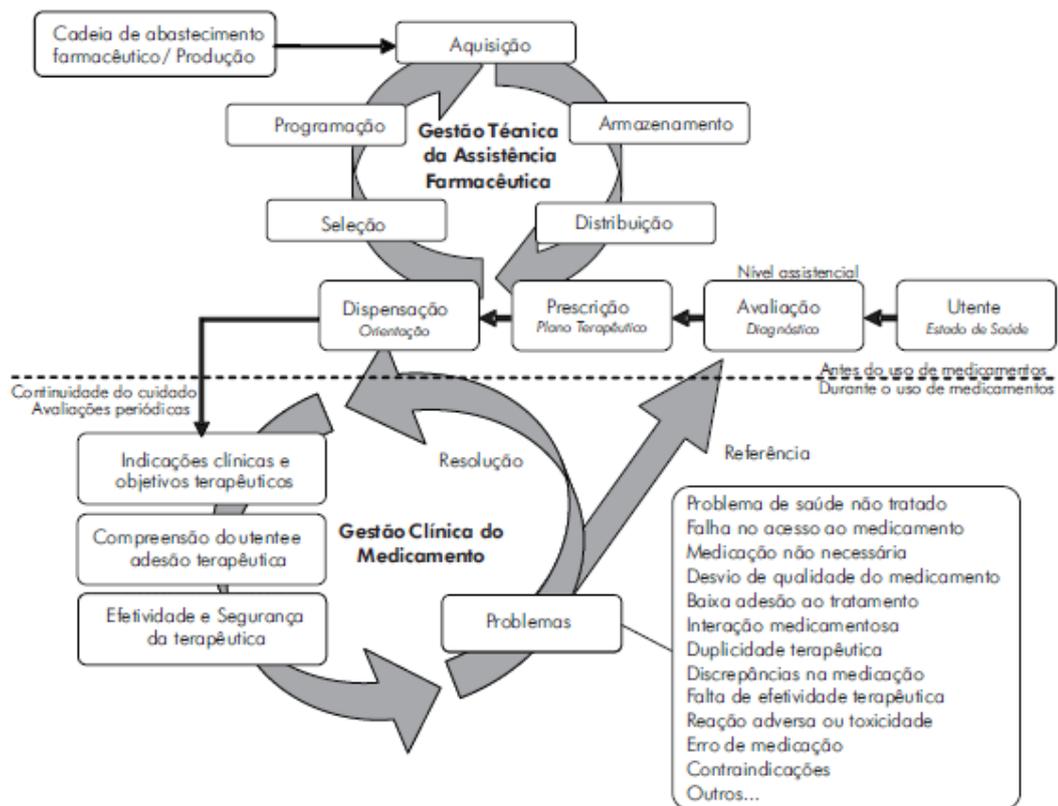
O grande desafio para o SUS é de consolidar um sistema integrado, que responda de forma adequada as necessidades de saúde da população. Apesar dos inegáveis avanços, torna-se cada vez mais eminente a necessidade de superar a intensa fragmentação das ações e serviços e qualificar a gestão do cuidado. O padrão de atenção à saúde vigente, fundamentado no modelo médico e curativo, estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, é insuficiente para atender aos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010b).

Considerando as respostas necessárias a realidade de demanda no sistema público de saúde, é importante que o medicamento não seja objeto de foco central, assim como as ações logísticas não devem majoritariamente ocupar o esforço da organização da AF. Essa lógica fica muito bem estabelecida e documentada a partir da definição da AF pela PNAF, enfatizando o conceito de ações de promoção e proteção da saúde em contraposição a priorização das atividades curativas. Nessa percepção, ainda, o caráter multiprofissional e intersetorial da AF são condições básicas para o alcance dos objetivos determinados, tendo o sistema de saúde e o indivíduo como beneficiários finais das atividades (JARAMILLO, CORDEIRO, 2014).

Tradicionalmente a AF é compreendida e estruturada sob dois eixos integrados. Dentro desse modelo (Figura 1), temos o eixo referente as atividades

interdependentes relacionadas à gestão técnica, amplamente reconhecido como o “Ciclo da Assistência Farmacêutica”, focada no acesso e uso racional dos medicamentos. O outro eixo engloba a gestão das atividades clínicas e está relacionado com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como principal foco o paciente (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Figura 1 - Modelo lógico-conceitual da AF integrada ao processo de cuidado em saúde.



Fonte: CORRER; OTUKI; SOLER, 2011.

A garantia de acesso ao medicamento não assegura, isoladamente, a melhora da saúde da população. Assim, para que de fato a farmacoterapia seja resolutive e capaz de modificar as condições de saúde e a qualidade de vida dos pacientes, são necessárias avaliações periódicas e a continuidade do cuidado, objetivando adesão ao tratamento, uso correto dos medicamentos, a efetividade e a segurança (CORRER; OTUKI, 2013; MANZINI et al., 2015).

A partir da organização das ações e serviços de saúde sob o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, a AF deve integrar a RAS através das atividades clínicas diretamente destinadas aos usuários nos pontos de atenção à saúde e como sistema de apoio, visando garantir o abastecimento de medicamentos por meio das atividades técnico gerenciais. Nesse contexto, torna-se fundamental a compreensão conceitual dos serviços farmacêuticos que se referem a um conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, que são protagonizados pelo Farmacêutico e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde objetivando potencializar sua resolubilidade. Além disso, para a integração sistêmica da AF na RAS é essencial a oferta de serviço de Cuidado Farmacêutico nos pontos de atenção, visando a obtenção de melhores resultados relacionados à farmacoterapia e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2020a).

A descentralização da gestão do SUS assim como as Políticas Públicas de Medicamentos e AF, atribuiu aos estados e municípios responsabilidades progressivas sobre o acesso e o uso adequado de recursos terapêuticos. O modelo de AF descentralizado, bem como a instituição da Atenção Primária como coordenadora dos cuidados em saúde, resultou no envolvimento crescente da esfera municipal e representou novos desafios para os gestores. Nesse contexto, temos a AF legalmente consolidada e estruturada através das respectivas legislações, que norteiam para uma melhor organização desse eixo nos municípios. Contudo, a realidade observada nacionalmente ainda é distante ao que está preconizado, sendo perpassada por vários problemas organizacionais e financeiros, comprometendo o acesso dos usuários aos serviços (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BARROS et al., 2017; GERLACK et al., 2017).

Embora o sistema público de saúde do país tenha conquistado diversas melhorias nas últimas décadas, estudos que avaliaram a AF demonstram a existência problemas basais para seu adequado funcionamento, entre eles a falta de medicamentos essenciais e de profissionais farmacêuticos para dispensação e orientação os usuários, inexistência de condições minimamente adequadas para armazenamento dos insumos e baixa adesão dos prescritores às listas básicas de medicamentos essenciais (VIEIRA, 2010; NAKATA; SILVA, 2014; BANDEIRA et al., 2017; BITTENCOURT et al., 2017; COSTA et al., 2017).

Ressalta-se a relevância do acesso aos medicamentos como parte fundamental de toda política farmacêutica, além de ser um dos pilares das políticas

de saúde pública. Contudo, esse acesso enfrenta dificuldades e desafios progressivos, como os reduzidos níveis de cobertura e fragilidade financeira do sistema de saúde, limitações das redes de distribuição de medicamentos e os problemas gerais de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população (OPAS, 2009; OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019; DANTAS et al., 2021).

3.2 Qualificação da AF no SUS

A concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na prática dos serviços, passa pela compreensão da necessidade da efetivação da AF como uma política pública de saúde. Nesse escopo, é importante considerarmos que a AF é um campo crítico na organização do sistema de saúde, visto a complexidade do processo mediante as diferentes demandas existentes no País, bem como as necessidades inerentes a articulação e sincronismo dos serviços. Assim, visando a qualificação da AF como estratégia de fortalecimento das ações do SUS, foram implementadas iniciativas como a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) (BRASIL, 2012).

A partir da descentralização da gestão da AF, União, Estados e Municípios passaram a ter responsabilidades específicas para a garantia e a ampliação do acesso aos medicamentos. Contudo, ao longo dos anos, observou-se a necessidade em qualificar a AF, para além das ações de aquisição e distribuição de medicamentos. O Qualifar-SUS é uma estratégia que tem como finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração das atividades da AF nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. O programa se organiza em 4 eixos, que se integram entre si:

I – Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na AF, considerando a área física, recursos materiais e os recursos humanos.

II – Eixo Educação: promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde, para qualificação das ações da AF voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais.

III – Eixo Informação: produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços da AF.

IV – Eixo Cuidado: inserir a AF nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

O eixo Estrutura, foi o primeiro a ser implementado, com o intuito de apoiar a estruturação da AF na atenção básica dos municípios de até 100 mil habitantes com população em extrema pobreza, constantes do Plano Brasil Sem Miséria. A implementação desse Eixo, desde 2012, já contemplou aproximadamente 3.508 municípios, prevendo além do apoio técnico, a destinação de recursos financeiros de investimento e custeio para reestruturação física e de recursos humanos da AF na atenção básica (BRASIL, 2016a; MS, 2023).

As farmácias devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente. Dessa forma, assegurando a qualidade dos medicamentos, a humanização no atendimento, a otimização dos recursos e implementação de ações efetivas e capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde (BRASIL, 2009). Contudo, na prática, as condições estruturais e organizacionais (fluxos de trabalho), necessárias à qualificação dos serviços, ainda constituem um grande problema (SANTOS; SOARES, 2016).

O retrato geral nos serviços de saúde do País é caracterizado por não priorizar um local específico a farmácia, sendo geralmente encontrados espaços pequenos, estruturados como local de depósito e entrega de medicamentos, restritos ao atendimento impessoal. Como a maioria das Unidades Básicas de Saúde não apresenta uma área específica destinada à farmácia, o armazenamento dos medicamentos é feito em espaços, salas ou armários, que não atendem aos critérios de boas práticas de armazenamento, sendo verificado excesso de luminosidade, pouca higienização e até mesmo a presença de insetos (ARAÚJO; FREITAS, 2006; ALENCAR; NASCIMENTO, 2011; COSTA et al., 2017). Em recente estudo que avaliou a estrutura das farmácias públicas em Pernambuco, no atendimento a pacientes com diabetes, observou-se que um alto percentual das unidades de saúde, 48,6% na capital e 59,5% no interior, não eram equipadas com geladeira para o adequado armazenamento de insulinas (COSTA et al., 2020a).

Dados sobre a infraestrutura das farmácias da atenção básica, a partir da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), revelam que em 59,7% das unidades pesquisadas a área

da farmácia é inferior a 14 m² e que a dispensação é realizada em ambiente compartilhado em 32,7% dos locais. O estudo ainda revela que de modo geral, existe precarização de equipamentos destinados a ofertas dos serviços (mobiliário, computadores, sistema informatizado, acesso à internet), inviabilizando ou restringindo o desenvolvimento das atividades, visto as condições de atendimento individualizado ao usuário ou a presença de barreiras físicas que dificultam a comunicação efetiva. Tal cenário, demonstra a necessidade explícita de estruturação da ambiência dos serviços de farmácia visando à humanização do atendimento ofertado e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais (LEITE et al., 2017).

Rodrigues e colaboradores (2017), avaliaram o grau de implantação do Eixo Estrutura nos municípios habilitados entre os anos 2012 e 2013, sendo verificado grau insatisfatório em 44% dos municípios para a dimensão estrutura física/recursos humanos. Assim, é levantada a hipótese da insuficiência dos recursos financeiros do programa comparada as necessidades para reestruturação dos serviços de AF na atenção básica, apontando a necessidade de rediscussão da pactuação de contrapartidas estaduais e municipais na infraestrutura da AF.

Outra importante ferramenta que deve ser destacada no processo de qualificação da AF, foi a criação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, o qual compõe a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). O sistema foi desenvolvido para atender às singularidades da gestão da AF no SUS, por meio dos seus componentes: básico, estratégico e especializado, fornecendo informações nacionais à gestão da AF sobre acesso e consumo de medicamentos na rede pública de saúde. A implantação do Hórus objetiva qualificar a gestão e os serviços de AF nas três esferas governamentais, bem como aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2016a).

A criação da BNAFAR foi um importante passo para aprimorar o planejamento da AF nas três esferas do SUS, dimensionando melhor a gestão de medicamentos e evitando desperdícios de recursos públicos. A Base consolida dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Estados e Municípios para os medicamentos padronizados na RENAME (BRASIL, 2021). O acesso a tais informações oportuniza, entre outros, dimensionar a efetiva aplicação dos recursos frente ao preconizado pela legislação vigente, possibilitando auxiliar gestores e profissionais de saúde na tomada

de decisão e aprimorar a avaliação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no Brasil (PONTES et al., 2017).

Alguns dados de avaliação da institucionalização do Hórus nos municípios brasileiros revelam dificuldades para a adesão ao sistema, tais como quantitativo insuficiente de recursos humanos para atender às demandas da área e pouca qualificação para a gestão, ausência ou insuficiência de equipamentos (computadores e impressoras) nas farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e dificuldades de conexão à internet. Entretanto, foi observada importantes mudanças nos municípios após a implantação do sistema, como o acesso a informações de estoque em tempo real, identificação do perfil de consumo e prescrição de medicamentos no território, qualificação dos recursos humanos e melhoria do acesso aos medicamentos pela população (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012).

Entre as diversas pautas de discussão para aprimoramento da AF está a qualificação profissional, já que a capacitação é uma das etapas necessárias para implantar algumas estratégias do MS para gestão e a realização de serviços no âmbito do SUS. Nesse contexto, dentro do Eixo Educação, através de várias parcerias há oferta de cursos para implantação do sistema Hórus, de Qualificação Nacional em AF com foco no Componente Especializado, capacitação aos médicos do SUS para prescrição de medicamentos fitoterápicos da RENAME (BRASIL, 2018a).

O aumento nos investimentos do MS para a aquisição de medicamentos é insuficiente para garantir melhores níveis de saúde se a farmacoterapia não ocorrer de forma racional (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016). Assim, dentro da qualificação da AF, o Eixo Cuidado contribui para que o tratamento farmacológico realizado pelos usuários do SUS seja o mais indicado, efetivo e seguro. Nessa perspectiva, uma das principais estratégias desenvolvidas foi o projeto-piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do SUS, realizado nos municípios de Curitiba (PR), Recife (PE), Betim e Lagoa Santa (MG), nos quais os desfechos clínicos, humanísticos e econômicos decorrentes do acompanhamento realizado pelos farmacêuticos foram notórios e significativos (BRASIL, 2018a).

3.3 Atenção Primária à Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica

A concepção sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no início do século XX, sendo atribuída ao Relatório Dawson, que preconizou a organização do

sistema de saúde de forma hierarquizada e regionalizada. A proposta apresentava uma rede territorial de serviços, com núcleo nos centros primários de saúde que deveriam atuar de forma vinculada aos demais níveis de atenção. O documento serviu de pilar para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, referência de sistema público de saúde, assim como influenciou vários sistemas mundialmente (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015).

A APS ganhou destaque na agenda das políticas de saúde, sendo em 1978 na Conferência Internacional de Alma-Ata estabelecida como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde. A partir desse marco houve uma definição conceitual da APS, contudo, ao longo do tempo diferentes significados foram atribuídos e variações na sua interpretação (MENDES, 2015).

As imprecisões conceituais da APS são um desafio para sua compreensão, sendo fundamental contextualizar várias influências como temporalidade, atores sociais envolvidos, cultura, aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas na área da saúde e geram distintas interpretações nos diferentes sistemas de saúde. Nessa linha, destaca-se 3 principais interpretações da APS, sendo tais decodificações encontradas em vários países e inclusive, coexistindo ao mesmo tempo: como atenção primária seletiva compreendendo um conjunto de atividades, como um nível de assistência do sistema de saúde e como uma estratégia de organização do sistema de saúde (MENDES, 2015).

No Brasil, além de formulações internacionais, outras perspectivas e conceitos foram agregados, sendo a APS também chamada de Atenção Básica (AB). A adoção por esse termo distinto, se deve particularmente a resistência ideológica à concepção de APS seletiva (PEREIRA et al., 2022).

A ampliação do consenso técnico e político sobre o papel da APS na reorganização do modelo de atenção à saúde teve um impulso no início dos anos 2000 no Brasil. Nesse período, entre as iniciativas de fortalecimento do SUS, foi publicado o Pacto pela Saúde que tinha entre as prioridades a Atenção Básica à Saúde, visando consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Assim, nesse contexto, foi publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (MELO et al., 2018).

Apesar do cenário de expansão da APS, haviam barreiras críticas como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade

de atração de profissionais médicos. Diante disso, em 2011 foi publicada a primeira revisão da PNAB, visando o enfrentamento de tais entraves e a responder às singularidades encontradas no território nacional. Além disso, destaca-se o registro de que a PNAB considera Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde como termos equivalentes (BRASIL, 2011b). Em 2017, a PNAB foi novamente revisada, envolta por um contexto de muitas críticas de movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores do SUS, principalmente devido ao período de instabilidade política, econômica e social no qual ocorreu, ao debate insuficiente e restrito e pelas propostas em discussão (ALMEIDA et al., 2018).

Na PNAB de 2017, apesar da Estratégia Saúde da Família ainda ser prioritária, outras formas de organização foram englobadas. Assim, gestores do SUS passaram a ter mais liberdade de escolha, sendo permitido a composição de equipes em que é opcional a inserção do agente comunitário de saúde, do agente de combate a endemias e dos profissionais de saúde bucal, bem como a cobertura de 100% dos agentes comunitários de saúde é recomendada apenas para territórios com alta vulnerabilidade social. Tais alterações revelam mudanças no modelo assistencial da APS, com enfraquecimento do componente multiprofissional das equipes, priorização do cuidado individual e evidenciam um redirecionamento da política de saúde com contraposição aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

3.3.1 Assistência Farmacêutica na APS

Na organização do SUS, houve um arranjo nos serviços de saúde em níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária), tendo como propósito evoluir o cuidado ofertado conforme a complexidade. Essa configuração se mostrou facilitadora da fragmentação das ações, baseada em concepções incorretas de complexidade, banalizando a APS e sobrevalorizando as práticas dos níveis secundário e terciário (BRASIL, 2019b). No intuito de estabelecer um modelo de atenção à saúde mais coerente perante as demandas da população, foram estabelecidas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que efetiva a regionalização, integração horizontal (entre serviços de natureza semelhante) e vertical (entre níveis), garantindo oferta de atenção contínua e integral às ações e serviços à saúde (MENDES, 2011).

Na organização da RAS, a APS é a porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado. A APS é definida como conjunto de ações de saúde individuais e coletivas para promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional. A OMS coloca a APS como estratégia central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, além disso, a APS apresenta associação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade da atenção, satisfação do paciente, otimização dos recursos financeiros disponíveis, impactando de forma positiva a saúde da população (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MACINKO; MENDONÇA, 2018; WHO 2018).

Segundo Mendes (2010), o sistema de AF é fundamental para a organização das RAS e envolve uma complexa conformação de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas pela população. Estão englobadas as ações logísticas (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos) e as ações assistenciais de farmácia clínica e de vigilância (dispensação, adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e farmacovigilância), ambas apoiadas pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia. Dentro da atual perspectiva das ações da Atenção Primária, são necessárias mudanças no modelo de AF, principalmente no que se refere ao enfrentamento das dificuldades de acesso, incorporação dos serviços farmacêuticos, gestão com atenção integral comprometida com o alcance de resultados em saúde (VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

Ao fazer uma análise sobre a trajetória da AF no SUS e na Atenção Primária, Oliveira e colaboradores (2010) afirmam que os desafios para a estruturação e implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na APS, inicia através da conscientização dos gestores sobre a importância da estruturação desse eixo, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos recursos humanos. Os autores ainda complementam que para haver resolutividade da APS e estabelecimento de vínculo com os usuários alguns fatores são importantes, como o acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de maneira coerente, recebendo todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto dos fármacos. Assim, é evidenciada a necessidade

de aproximação do profissional Farmacêutico com as unidades de saúde que realizam a dispensação de medicamentos.

A realidade da atuação do Farmacêutico encontra-se quase que exclusivamente relacionada a gestão da AF, de modo que mais de 90% dos municípios brasileiros possuem Farmacêuticos na coordenação da AF. Essa hegemonia não é observada nas unidades de saúde da APS, onde a entrega de medicamentos é predominantemente realizada por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Além disso, as atividades da AF com foco no paciente ainda é incipiente na APS, sendo que somente 21,3% dos Farmacêuticos desenvolvem atividades de natureza clínica, o que é atribuído a limitada integração dos profissional na equipe de saúde e da AF nas demais ações de saúde (ARAUJO et al., 2017; CARVALHO et al., 2017).

Apesar da notória importância da APS dentro do sistema de saúde, como principal ponto no que se refere ao acesso da população a assistência terapêutica, é importante destacarmos que o Farmacêutico não está incluso entre os profissionais que devem constituir minimamente as equipes. A possibilidade de incorporação do Farmacêutico neste nível de atenção, é prevista através de sua participação na equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o qual foi criado em 2008 para fortalecer a AB, ampliando e qualificando o atendimento. Contudo, em 2020, o NASF foi alvo de cortes orçamentários, sendo que o MS extinguiu a criação de novas equipes e o aporte financeiro específico, ficando os secretários municipais e estaduais de saúde livres a adotarem qualquer modelo, inclusive nenhum (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2020b; PAULINO et al., 2021).

3.4 Gestão, planejamento e avaliação dos serviços de saúde e da AF

Na gestão do SUS as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo. A responsabilidade no planejamento do SUS compete as três esferas do governo, de modo que as atividades devem ser desenvolvidas de forma contínua, articulada, ascendente, solidária e nacionalmente integradas. Assim, as ações de planejamento desenvolvidas individualmente por cada esfera devem considerar as atividades das demais, buscando gerar complementaridade e funcionalidade (BRASIL, 2016b).

A gestão exige múltiplos campos de conhecimento, sendo reconhecida como um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados. Nesse sentido, dentro da área da saúde devem ser utilizadas tecnologias de planejamento, técnicas e métodos para análise da situação (diagnóstico), para identificação e priorização de problemas e para definição da imagem-objetivo a ser alcançada. As atividades desenvolvidas pela AF também devem ser pautadas em informações técnicas, partindo do reconhecimento dos problemas e da realidade em que o serviço está inserido até o trabalho específico de seleção de medicamentos ou programação (LEITE, GUIMARÃES, 2016).

A avaliação é um instrumento essencial de apoio à gestão devido a capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão, contudo, o seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde. A avaliação permite compreender de modo mais adequado o processo de trabalho, comparar os resultados aos objetivos estabelecidos, corrigir problemas durante a execução das ações e propor mudanças que corroborem com a otimização da atuação. Cabe destacar que a avaliação busca possíveis explicações para a situação analisada através de do juízo de valor, sendo que quando não se conhece ou os dados são insuficientes do objeto a ser avaliado, deve ser realizado primeiramente um diagnóstico que servirá para embasar a realização de avaliações futuras (BARRETO; CALVO, 2016).

As iniciativas voltadas a avaliação de desempenho dos serviços de saúde ganharam destaque no final da década de 90 e início dos anos 2000, período no qual a OMS colocou em evidência o debate sobre tais questões. A OMS associa o processo de avaliação ao planejamento, considerando que o mesmo deve ser utilizado para promover lições da experiência e aperfeiçoamento das atividades em desenvolvimento ou a serem implantadas (WHO, 2000). No Brasil, a avaliação em saúde ainda não está incorporada às práticas de forma sistemática, além de ter uma imagem muito relacionada a burocracia (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

Entre os anos de 2003 e 2004, o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde realizaram uma importante avaliação na AF no Brasil, intitulada “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados”. O estudo permitiu visualizar um panorama da situação da AF segundo a metodologia proposta pela OMS, possibilitando contribuir para a construção de estratégias de intervenção e

estabelecimento de um modelo de monitoramento da política de medicamentos no País (OPAS, 2005).

Entre as diversas abordagens de avaliação em serviços em saúde e considerando a AF, o modelo mais empregado refere-se ao proposto por Avedis Donabedian, importante estudioso na temática da qualidade no setor da saúde, baseado em um quadro conceitual que considera três grupos a serem observados: estrutura, processo e resultado. O modelo entende a estrutura como recursos físicos, humanos (disponibilidade e qualificação), materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde. Já o processo engloba as atividades que constituem a atenção à saúde, envolvendo os profissionais de saúde e pacientes. O componente resultado compreende as mudanças no estado de saúde promovidas pelo cuidado, ou seja, o produto final da assistência prestada, considerando saúde e satisfação de padrões e de expectativas (BARRETO, CALVO, 2016).

A descentralização das ações AF promovida a partir das PMN e da PNAF, requer que os profissionais desenvolvam novos saberes e habilidades, como a competência gerencial para otimizar recursos, estabelecer objetivos e metas, mensurar resultados e promover mudanças. Desse modo, cabe a gestão estadual prestar cooperação técnica aos municípios, possibilitando que os mesmos assumam sua responsabilidade sobre a AF na APS, respeitando os princípios legais e atendendo às exigências técnicas previstas para o desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2011a).

A gestão da AF acabou assumindo a percepção referente a um conjunto de ações técnico-operacionais, delimitada ao cuidado e destino do medicamento, desvinculada das ações de atenção ao paciente. Esse predomínio de uma visão minimalista é um dos principais empecilhos enfrentados no nível municipal de gestão da AF. Em vista a esses fatos, Barreto e Guimarães (2010) propuseram uma avaliação em um conceito ampliado da gestão, revelando práticas de gestão reduzidas à dimensão operacional, com ênfase em aspectos do ciclo logístico da AF, impossibilitando uma gestão partilhada, com autonomia decisória, que considere questões sociais e políticas envolvidas no fazer gestão.

A avaliação tem seu ponto de partida na realização do diagnóstico situacional, o qual tem por finalidade conhecer a atual situação da instituição/setor/atividade, dentro de um contexto, além de identificar os fatores que interferem no desempenho das atividades. A realização deste tipo de análise tem como propósito proporcionar

um ponto de referência para o planejamento e a definição das prioridades das ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2006a).

Em 2006 o MS lançou o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF), para avaliar a gestão da AF em todas as suas dimensões, tendo como meta criar um plano de ação para sua estruturação e melhoria no contexto da prática do serviço. O instrumento classifica cada um dos itens avaliados em 3 estágios, sendo o primeiro estágio o de menor capacidade e o terceiro o que contempla o proposto pelo MS e OMS como ideal em capacidade de planejamento e gerência da AF. Considerando seu caráter de planejamento, esse método é vantajoso, pois fornece os parâmetros que orientam o diagnóstico sobre qual estágio de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento a assistência farmacêutica se encontra e para qual estágio ou resultado se pretende alcançar em um período de tempo definido (BRASIL, 2006a).

Bittencourt e colaboradores (2017) utilizaram o IAPAF para avaliar a situação da AF no município de Uruguaiana no Rio Grande do Sul, sendo verificado deficiência no planejamento e gestão da AF, de modo que nenhuma das dimensões analisadas encontrava-se no estágio 3 preconizado como ideal. Além disso 12 dos 24 itens analisados estavam no estágio 1 (pior avaliação), entre eles avaliação e monitoramento das ações, educação para o uso racional de medicamentos e espaço físico.

O processo de institucionalização da AF necessita considerar seu caráter sistêmico e transversal dentro do SUS, envolvendo um conjunto de atividades de planejamento e gestão dos serviços farmacêuticos, bem como das competências gerenciais e assistenciais da AF. Dados de estudo pertencente a PNAUM, revela a institucionalização da AF nos sistemas municipais de saúde como um processo heterogêneo e parcial no País (SOUZA et al., 2017).

A relevância da AF nas políticas públicas de saúde é notória, principalmente quando analisamos o investimento financeiro destinado a este eixo, o qual era de aproximadamente R\$ 2 bilhões em 2003, de R\$15 bilhões em 2015 e chegou a 19,8 bilhões em 2019. Apesar dos altos valores empregados, considerando somente a esfera Federal, isso não se traduz isoladamente em qualidade da AF prestada e acesso a medicamentos, sendo fundamental planejar e avaliar o quanto os esforços se transformam em impactos efetivos na saúde dos indivíduos (GADELHA et al., 2016; INESC, 2020).

3.5 Atenção à saúde no Sistema Prisional

Apesar do olhar estigmatizado da sociedade sobre a população carcerária, como indivíduos que perderam seus direitos de cidadão em razão do ato criminal, o fator privação de liberdade não implica na redução dos seus direitos fundamentais. Ou seja, o sistema prisional deve ser estruturalmente adequado para fornecer acesso a saúde, educação, trabalho entre outras necessidades, a fim de contribuir para o processo de reintegração social. Além disso, a saúde prisional deve ser uma preocupação para a sociedade como um todo, visto a ligação íntima das prisões e comunidades, considerando as interações e transições de pessoas entres esses dois ambientes (WHO, 2019).

A grande e crescente população que vivencia o encarceramento, torna a saúde prisional um componente essencial da saúde pública e ao mesmo tempo um ambiente crítico para reduzir as iniquidades nesse âmbito. Os indivíduos encarcerados, em sua maioria, são oriundos de comunidades carentes e vulneráveis da sociedade, possuindo uma grande carga de necessidades em cuidados de saúde física e mental (WHO, 2014a; HEARD, 2019). Além disso, as condições do sistema prisional aumentam a vulnerabilidade à aquisição, transmissão e agravos de doenças, devido às estruturas inadequadas, como celas superlotadas com condições insalubres e precárias, estado nutricional, sedentarismo, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, higiene insuficiente e assistência médica fragilizada (BAI et al., 2015; PINHEIRO et al., 2015; MINAYO; RIBEIRO, 2016; AMEYA et al., 2019; NETO et al., 2019; SILVA et al., 2019; WRIGHT et al., 2019; REZENDE et al., 2020).

As desigualdades de acesso aos bens e serviços de saúde são uma realidade enfrentada pela população brasileira, de modo que entre as pessoas privadas de liberdade este problema é mais proeminente (MIRANDA; ZANDONADE; NETO, 2016; MINAYO; RIBEIRO, 2016). Atualmente, o Brasil ocupa o 3º lugar no ranking mundial no que se refere a população privada de liberdade (PPL), possuindo mais de 800 mil presos e um déficit superior a 300 mil vagas, o que deixa explícito o delicado cenário das condições sanitárias nesse ambiente. A aglomeração de pessoas somada a ambientes insalubres é um dos combustíveis para a disseminação de doenças infectocontagiosas, bem como potencializa o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis, além de problemas relacionados a saúde mental (ANDREOLI et al.,

2014; BINSWANGER et al., 2016; ECDC, 2017; NDEFFO-MBAH et al., 2018; FAIR, WALMSLEY, 2021).

Apesar de ser um problema reconhecido, a abordagem da saúde no sistema prisional ainda é complexa, pois a implantação de um programa de assistência nesse âmbito se depara com diversos obstáculos, tais como a variabilidade de agravos à saúde de acordo com as características da população carcerária, a capacidade instalada prevista e a real para atendimento, as características das equipes de saúde no que se refere à disponibilidade e capacitação e a relação da unidade prisional com o SUS (FERNANDES et al., 2014).

3.5.1 Políticas Públicas e direito à saúde no Sistema Prisional

O direito à saúde às pessoas privadas de liberdade no Brasil, pode ser abordado considerando três principais marcos regulatórios. Primeiramente, temos a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, a qual dispõe que a atenção a saúde deve compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico. As garantias ao acesso à saúde previstas pela LEP contemplavam toda a PPL, ou seja, tanto indivíduos em regime provisório quanto apenados. Contudo, essas garantias se davam no plano jurídico, não sendo necessariamente efetivadas dentro do sistema prisional. Além disso, o atendimento da PPL constituía um assunto de interesse e de responsabilidade das políticas de segurança pública e não de saúde (LERMEN et al., 2015).

Posteriormente, já no contexto de democratização do Brasil, a primeira tentativa de organização da saúde no sistema prisional ocorreu somente em 2003, através da Portaria Interministerial 1.777 que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O PNSSP tinha o propósito de legitimar a garantia às ações integrais de saúde, enfatizando, além da assistência, a prevenção e a promoção de saúde à PPL, de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2003). A partir desse marco, a saúde da PPL passou a integrar os assuntos das políticas de saúde, sendo coordenado em conjunto dos Ministérios da Saúde e da Justiça (MELGAÇO, TORRES, 2020).

O PNSSP estabeleceu como prioridades a reforma e a equipagem das unidades prisionais (UPs), visando estruturar os serviços ambulatoriais de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade, de acordo com as

especificidades do sistema penitenciário. O financiamento das ações de saúde era compartilhado entre o MS, responsável por 70% dos recursos, sendo os demais 30% provenientes do MJ. As atuações mínimas estabelecidas pelo Plano, consistiam em ações de saúde de promoção, prevenção e recuperação voltada a saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como aquisição de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais (SCHMITT et al., 2014).

No que tange a AF, o PNSSP, basicamente abordava que a RENAME seria o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas no sistema prisional. A programação de medicamentos deveria ser embasada na padronização de tratamentos para as doenças e no cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, hipertensão, diabetes, entre outros). Além disso, é descrito que para as atividades relativas à AF, cada estado teria um profissional Farmacêutico responsável (BRASIL, 2004).

Em 2010, o MS estabeleceu através da Portaria 3.270 um elenco de medicamentos para atender a população prisional, de forma a suprir a demanda singular dos medicamentos da Atenção Básica. Assim, a compra era centralizada pelo MS e a distribuição dos “kits” de medicamentos ocorria trimestralmente, sendo definida no âmbito de cada Estado conforme pactuação dos Gestores Estaduais ou Municipais da Saúde (BRASIL, 2010c).

No decorrer dos anos, várias dificuldades foram constatadas na execução do PNSSP, entre elas financiamento insuficiente, lógicas de atenção diferentes entre as instituições de segurança pública, dificuldades na contratação de equipes para o trabalho no sistema prisional, falhas de atendimento e dificuldades de acesso à rede de saúde e uso incipiente dos sistemas de informação em saúde. Entre as fragilidades, o caráter de abrangência parcial da PPL, considerando que não eram incluídos no Plano os indivíduos sob regimes aberto e provisório, recolhidos em cadeias públicas e delegacias (SCHMITT et al., 2014).

Durante o período de vigência do PNSSP, foi observado um cenário alarmante no que se refere ao encarceramento em massa, entre 2003 a 2013 houve um aumento de aproximadamente 120% da população prisional que passou de 240.000 para 600.000 indivíduos. Esse contexto decretava a urgência na elaboração de uma política pública de saúde para o sistema prisional que contemplasse todos os indivíduos

encarcerados, correspondente as necessidades dessa população e que estivesse ligada aos serviços da RAS, incluindo definitivamente a PPL no SUS (BRASIL, 2014a).

Em 2012, os Ministérios da Saúde e da Justiça em conjunto com o Comitê Técnico Intersetorial de Saúde no Sistema Prisional criaram um grupo de trabalho interministerial com o objetivo de estabelecer uma Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Tal iniciativa resultou, em 2014, na instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que visa garantir o direito à saúde e o acesso ao SUS para todos os indivíduos privados de liberdade, através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo medidas da vigilância sanitária, programas de saúde mental e vacinação. Além da Política contemplar todo o itinerário carcerário, também estende suas ações aos trabalhadores em serviços penais, aos familiares e demais indivíduos que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014a).

A partir do lançamento da PNAISP alguns grupos mais vulneráveis no contexto do sistema prisional também tiveram visibilidade na construção de regulamentações específicas. Desse modo, ainda em 2014, foi publicada a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) abordando ações de prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres, adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor/raça, sexualidade, nacionalidade, escolaridade, maternidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para esse grupo. A PNAISP ainda impulsionou a elaboração de outras resoluções importantes, entre elas sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e também sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade (LERMEN et al., 2015).

A adesão à PNAISP pode ser realizada por todos os Estados através da pactuação com a União mediante Termo de Adesão e elaboração de Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, que devem ser e encaminhados ao MS. Na esfera municipal, a adesão é facultativa e deve observar a adesão estadual à PNAISP (CARVALHO, 2017).

Em síntese, a partir da Política, a operacionalização da saúde no sistema prisional adotou a seguinte conformação: o MS é responsável pela habilitação e

financiamento das equipes de saúde e pelo monitoramento da produção das equipes, sob pena de suspensão do repasse; o MJ é responsável pelo financiamento de construção, reforma e aparelhamento dos espaços físicos; ambos Ministérios devem prestar assessoria técnica, incentivar, apoiar, colaborar e propor ações de implementação, além de elaborar planejamentos e atuar conjuntamente. Já os Estados e Municípios devem implantar equipes de saúde, fazer o cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), solicitar a habilitação ao MS, registrar a produção das equipes no sistema eSUS Atenção Primária (e-SUS APS), quando necessário notificar casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), além de elaborar planos de ação e participar do financiamento (CGU, 2020).

Em relação ao financiamento da PNAISP, os recursos são provenientes e compartilhados pela União, Estados e Municípios. Os estados e municípios que aderirem à PNAISP, cadastrarem e habilitarem suas equipes de Atenção Primária Prisional estão aptos a receber o incentivo financeiro de custeio mensal, o qual é calculado conforme o porte da unidade prisional e o número de equipes de cada serviço habilitado, sendo transferido pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde. Como incentivo adicional, estados e municípios recebem uma complementação desses valores baseado na taxa da população prisional em relação à população geral do município e o respectivo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) do município onde estiver localizada a equipe de saúde prisional (BRASIL, 2014a; SIMAS et al., 2021).

Consonante a lógica do SUS, tendo a APS como ordenadora do sistema de saúde, a PNAISP reconhece as unidades prisionais como “portas de entrada” e “ponto de atenção” da Rede de Atenção à Saúde. O atendimento a PPL ocorre através das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), as quais podem ser constituídas com várias categorias profissionais, devendo basear-se na necessidade e na realidade da unidade prisional. Em relação ao modelo de equipes previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a composição da eAPP é ampliada através da inserção de profissionais psicólogos e assistentes sociais (SCHMITT et al., 2014).

A PNAISP preconiza a integralidade da atenção à saúde no sistema prisional, sendo os serviços constituídos e definidos pelo número de indivíduos em cada estabelecimento prisional - até 100 pessoas (tipo I), de 101 a 500 pessoas (tipo II) e de 501 a 1200 pessoas (tipo III). Os 3 tipos de equipes são compostas minimamente

por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico ou auxiliar de saúde bucal, podendo ser acrescida conforme o tipo de classificação, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. É estipulada uma carga horária mínima conforme os tipos de equipe: tipo I - 6 horas semanais, tipo II – 20 horas semanais e tipo III - 30 horas semanais (BRASIL, 2014a).

Segundo Filho e Bueno (2016), o panorama da infraestrutura das unidades básicas de saúde prisional (UBSp) ainda prevalece sendo da existência de espaços precários, em unidades sem módulo de saúde, contemplando salas conjuntas de atendimento médico, odontológico, psicossocial, no espaço que há disponível na unidade prisional. Em relação às equipes de saúde prisional, essas representam ainda um baixo percentual e aproximadamente 37% das unidades prisionais possuem módulos de saúde.

Em 2017 houve a flexibilização do número de pessoas privadas de liberdade atendidas por cada equipe de saúde, bem como do quadro de profissionais, o que leva a observar com cautela as reais e potenciais ações de cobertura das eAPP. Assim, ficaram estabelecidos 3 tipos de conformação das eAPP: eAPP com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB); eAPP Essencial e eAPP Ampliada. Em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, foram classificados em 3 faixas: até 300 custodiados - funcionamento de 6 horas semanais; de 101 a 1.700 custodiados - funcionamento de 20 horas semanais e de 1.201 a 2.700 custodiados - funcionamento de 30 horas semanais. Além disso, complementarmente a eAPP Essencial ou Ampliada com carga horária de 30 horas semanais poderá ser credenciada uma equipe Complementar Psicossocial e Profissional complementar de saúde bucal (BRASIL, 2017).

As equipes de saúde do sistema prisional enfrentam importantes barreiras para efetivar os cuidados que são previstos e garantidos pela Política, de modo que se observa um cenário de trabalho precarizado, com equipes incompletas, estrutura deficiente e falta de capacitação adequada (SANTANA, REIS, 2019; BRITO et al., 2020). Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, a eAPP revela dificuldade para que os apenados tenham acesso a rede hierarquizada do SUS, no que diz respeito a serviços especializados e de saúde mental, além disso não há integração entre os dados do sistema de saúde geral e o prisional. Conforme os relatos dos profissionais

fica evidenciado que o modelo de atenção preconizado nos atos normativos é distante da oferta de cuidado possível dentro do sistema prisional (SCHULTZ et al., 2020).

As eAPP são fundamentais como estratégia para assegurar o direito à saúde da PPL, além de desenvolver ações efetivas voltadas a vigilância epidemiológica de doenças infectocontagiosas, como no caso da tuberculose. Os procedimentos de triagem no ingresso ao sistema prisional e a busca ativa periódica, possibilitam detecção precoce e interrupção da transmissão da doença, sendo fundamentais para seu controle. Contudo, são evidenciados alguns limitantes para que as eAPP realizem as ações de diagnóstico da TB, entre eles a falta/inadequação de registros, desconhecimento técnico, falta de protocolos operacionais, estruturas físicas inadequadas aos atendimentos em saúde e efetivo de profissionais da segurança insuficiente para efetivar o fluxo dos trabalhos (ELY et al., 2020).

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, 66,7% dos indivíduos do sistema prisional encontram-se em unidades que possuem estrutura no módulo de saúde (BRASIL, 2019a). Contudo, assim como no Brasil de modo geral, a cobertura das eAPP não é homogênea no País, de modo que alguns estados possuem uma grande cobertura como o Distrito Federal (95%) enquanto em outros é extremamente baixa ou inexistente, como no Amapá (MJSP, 2020).

Em relação a Assistência Farmacêutica, a Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014, dispõe sobre as normas para financiamento e execução do CBAF no âmbito da PNAISP. Assim, a oferta de medicamentos tem como base a RENAME e o financiamento é de responsabilidade do MS, sendo os valores repassados anualmente a cada Estado. A execução das ações referentes ao CBAF é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, podendo ser pactuada em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a transferência para os Municípios, desde que estes tenham aderido à PNAISP. É estipulado o valor de R\$ 17,73 anual por pessoa privada de liberdade, o qual deve ser utilizado exclusivamente para aquisição dos medicamentos e insumos constantes para o referido componente na RENAME (BRASIL, 2014c).

É de competência das Secretarias de Saúde Estaduais ou, quando pactuado em CIB, das Secretarias de Saúde Municipais a execução das ações referentes ao CBAF no âmbito da PNAISP que envolvem prover os medicamentos e insumos, assim como selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques e prazos de validade, distribuir e dispensar os medicamentos. Além disso, ressalta-se que o MS

também disponibiliza o Sistema HÓRUS para gestão da AF no contexto prisional, sendo que Estados e Municípios podem utilizar sistemas informatizados próprios, devendo neste caso transmitir regularmente para a base nacional de dados as informações referentes às entradas, saídas e dispensações de medicamentos (BRASIL, 2014c).

A OMS considera que o alcance da cobertura universal de saúde requer acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis. No entanto, é estimado que aproximadamente 2 bilhões de pessoas não possuem acesso aos medicamentos essenciais, sendo que nos países mais pobres da América Latina, África e Ásia, a inacessibilidade atinge mais de 50% da população (WHO, 2008). Devido à inegável importância que o acesso a medicamentos possui, a temática está inserida entre as metas relacionadas com a saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da OMS e na agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015).

O acesso aos medicamentos abrange o equilíbrio entre cinco dimensões: disponibilidade, acessibilidade econômica, acessibilidade geográfica, aceitabilidade (seleção e uso racional) e qualidade. A disponibilidade de medicamentos de qualidade pode ser compreendida como o resultado de atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais do ciclo da AF. Cabe ressaltar ainda, a afirmação da importância do componente técnico-assistencial da AF na promoção do uso apropriado dos medicamentos, fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolutividade das ações em saúde (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; OPS, 2013).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde publicou uma Nota Técnica, em 2014, na qual consta que em grande parte das unidades prisionais do País não há um serviço farmacêutico, muitas prescrições encontram-se em desacordo com a RENAME, além de haver a necessidade de realizar uma estruturação nos espaços físicos a fim de que seja compatível com o armazenamento e dispensação dos medicamento, inclusive em relação ao atendimento das exigências legais dos medicamentos sujeitos a controle especial (CONASS, 2014) .

3.5.2 Saúde Prisional no Rio Grande do Sul

Seguindo os esforços da União para efetivação do direito à saúde no sistema prisional, o RS tem se empenhado de maneira singular na regulamentação de normatizações para gestão, organização e implementação de ações e serviços de saúde nas unidades prisionais, enfatizando a Atenção Primária à Saúde (SCHULTZ et al., 2017). Em 2011, o Estado instituiu a Política Estadual de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, seguindo as diretrizes nacionais e as regulamentações estaduais, Resoluções CIB/RS nº 257/2011 e 453/2011, que estabelecem os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional e definem as normas para sua operacionalização e financiamento (RIO GRANDE DO SUL, 2011a; RIO GRANDE DO SUL, 2011b).

O RS é considerado pioneiro no Brasil no processo de municipalização e cofinanciamento das eAPP, estabelecendo no ano de 2006 um incentivo financeiro estadual, complementar ao federal, por equipe completa implantada pela rede municipal em estabelecimento prisional (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Em 2008 as primeiras 5 eAPP foram implantadas no RS e posteriormente, em 2010, houve um incremento no valor do incentivo estadual de repasse aos municípios por equipe completa habilitada, sendo atingida a marca de 8 eAPP (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Já no ano de 2011, através da Resolução CIB/RS 257, o modelo de atenção foi reorientado, sendo descentralizada a gestão do cuidado no nível primário, como ponto de atenção da rede municipal de saúde e adotado o critério populacional para repasse de recurso (RIO GRANDE DO SUL, 2011a). Essa reorientação possibilitou a ampliação do número de equipes de saúde prisional existentes, de modo que em 2013 foram contabilizadas 24 equipes. A partir da instituição da PNAISP e dos novos incentivos financeiros federais estabelecidos pela Política, o RS alcançou 33 equipes, sendo 24 implantadas e 9 em processo de implantação, correspondendo a 56% de cobertura do atendimento à saúde da população prisional em nível de atenção primária (ORNELL et al., 2016). Em 2021, o RS alcançou 45 eAPP habilitadas e uma cobertura de 54,5% da PPL assistida em regime fechado, correspondendo a 17.384 custodiados de um total de 31.933 indivíduos (DOTTA et al., 2022)

Segundo Schultz e colaboradores (2017), a estratégia adotada pelo RS, além de inovar ao criar um incentivo próprio para o financiamento das eAPP, instituiu um

novo modelo de saúde prisional ao municipalizar as equipes de saúde. Tal modelo, é pautado nas diretrizes da PNAB, sendo de competência da gestão municipal a coordenação do cuidado, o gerenciamento dos recursos instalados, bem como a responsabilidade pela garantia de acesso da população. Nesse contexto, os municípios assumiram a responsabilidade pela implantação de UBSp nos mesmos moldes dos serviços de atenção primária oferecidos à saúde da população em geral.

A respeito da AF no sistema prisional do RS, especificamente o CBAF, os dados disponíveis são referentes ao financiamento, através das normativas nacional e estadual (Portaria GM/MS Nº 2.765/2014, Resolução CIB/RS Nº 259/15 e Resolução CIB/RS Nº 101/2016) que descentralizam para os municípios, que aderirem à PNAISP, o repasse anual de recursos. Em 2022, o repasse federal para o Fundo Estadual de Saúde do RS foi de R\$ 143.967,60 referente a PPL de 8.120 indivíduos. Além disso, conforme pactuação em CIB, houve o repasse da União a 43 Fundos Municipais de Saúde, que somados os valores alcançam R\$ 447.576,12 (APÊNDICE A). Contudo, existe uma carência de dados mais detalhados que permitam avaliar informações mais específicas como o acesso e consumo destes medicamentos no sistema prisional, bem como em relação a execução e operacionalização tanto dos recursos do Fundo Estadual de Saúde quanto dos Municipais (BRASIL, 2022).

Ainda é válido pontuar que em 2022 o RS instituiu a Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF-RS), a qual possui um importante papel na formalização de prioridades da gestão. Nesse sentido, há referência a AF no sistema prisional nos eixos temáticos que orientam as estratégias e prioridades da Política. Entre as diretrizes destaca-se o fortalecimento e garantia do acesso integral a medicamentos, fórmulas nutricionais e insumos com promoção da articulação de equipes de saúde para o cuidado à PPL; fomento a ações de educação em saúde voltadas à promoção do uso racional de medicamentos para a PPL, assim como ações de Educação Permanente e Continuada direcionadas às equipes que atuam junto a esta população, considerando suas especificidades; e a descentralização da gestão do recurso do CBAF no âmbito na PNAISP aos municípios com publicação da execução dos repasses financeiros nos instrumentos de gestão (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

3.5.3 Agravos à saúde da PPL e a importância da AF na integralidade ao cuidado

Conforme divulgado pelo *World Prison Brief* sobre a população carcerária mundial, estima-se que mais de 10 milhões de pessoas são mantidas sob privação de liberdade. Deste total, os Estados Unidos é o país com o maior número de prisioneiros (mais 2 milhões), seguido pela China (1,69 milhões). O Brasil configura como 3º país com maior população prisional no mundo, com aproximadamente 837.443 mil pessoas privadas, segundo informações do Departamento Penitenciário Nacional (FAIR, WALMSLEY, 2021; SISDEPEN, 2022).

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), baseado em dados do ano de 2017, demonstra que a população carcerária é constituída principalmente por indivíduos jovens, de modo que mais de 70% dos detentos possui idade inferior a 35 anos e destes quase 30% encontram-se na faixa etária de 18 a 24 anos. No que se refere a etnia/cor da pele, pessoas pardas e negras correspondem a mais de 50% dos presos. Em relação ao grau de instrução da população prisional, verifica-se baixa escolaridade sendo predominante o ensino fundamental incompleto (51,35% entre os homens e 44,42% entre as mulheres) (BRASIL, 2019a).

O número de pessoas encarceradas varia amplamente entre as unidades da federação, sendo que o estado de São Paulo concentra o maior número de indivíduos (229.031 pessoas), seguido por Minas Gerais (76.713 pessoas) e Rio de Janeiro (52.691 pessoas) (BRASIL, 2019a). No Rio Grande do Sul, conforme dados da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) referentes a abril de 2023, a PPL corresponde a 43.516 indivíduos, sendo 41.023 homens e 2.493 mulheres. O perfil de homens e mulheres privados de liberdade é semelhante, com predominância da raça branca, jovens com faixa etária de 18 e 29 anos e baixa escolaridade (mais de 55% não completaram o ensino fundamental) (RIO GRANDE DO SUL, 2023a).

As pessoas privadas de liberdade enfrentam de maneira desproporcional problemas de saúde complexos e concomitantes, entre eles: doença mental, dependência química, HIV/AIDS, sífilis, hepatites, tuberculose (TB) e infecções transmissíveis relacionadas, além de doenças não transmissíveis (DNTs). Cabe ressaltar, que grande parte dos estudos desenvolvidos acerca da saúde no sistema prisional concentra-se nas doenças transmissíveis, de modo que a epidemiologia,

prevenção e tratamento das DNTs têm sido amplamente negligenciados (WHO, 2019).

As prisões têm sido consideradas como incubadoras para diversas doenças, tanto pelas condições impróprias encontradas nas instituições quanto ao frágil ou inexistente suporte para o tratamento das doenças infecciosas e dependência química. Assim, representam um risco não só para os indivíduos detidos, bem como para os funcionários e para a população em geral, visto que há circulação entre o sistema prisional e sociedade livre (EL MAERRAWI; CARVALHO, 2015; SACCHI et al., 2015; KAMARULZAMAN et al., 2016; PUGA et al., 2017; MEDEIROS et al., 2018). De modo geral, a prevalência de todas as infecções é substancialmente maior na população carcerária do que na população geral, sendo que esse cenário é evidenciado principalmente em locais onde o HIV é epidêmico, como na África e onde há uma alta prevalência de uso de drogas injetáveis, leste Europeu e Ásia Central (DOLAN et al., 2016).

As iniquidades nos determinantes sociais da saúde que afetam grupos que são desproporcionalmente passíveis de encarceramento (minorias raciais e de gênero, pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias psicoativas, indivíduos sem acesso ao sistema de saúde ou à educação) levam a maiores concentrações de algumas doenças na PPL (HEARD, 2019). No Brasil, por exemplo, o risco para uma pessoa privada de liberdade desenvolver tuberculose (TB) é 30 vezes maior em comparação a população geral, além disso, é relevante considerar o elevado percentual – de até 24% - dos casos de TB multirresistente (MBUD et al., 2019).

O HIV também apresenta percentuais elevados entre os encarcerados, estima-se que a prevalência seja 7 vezes superior em relação a população geral, sendo consistente com resultados encontrados em estudo realizado no Mato Grosso do Sul, no qual a prevalência entre os presidiários foi entre 4 a 5 vezes superior (SGARBI et al., 2015; DOLAN et al., 2016). As hepatites também constam entre as principais doenças infecciosas que acometem a PPL, a prevalência das hepatites B e C variam amplamente entre os estados brasileiros, sendo verificado percentuais entre 9,8% e 21% e 1% e 9,7%, respectivamente (STIEF et al., 2010; ROSA et al., 2012; FALQUETTO et al., 2013; EL MAERRAWI; CARVALHO, 2015; MACHADO et al., 2019; REZENDE et al., 2020).

No Brasil, um estudo que avaliou a morbidade no sistema prisional apontou que as doenças mais notificadas foram TB (70,1%), AIDS (7,5%), sífilis (5,6%), dengue (4,5%) e hepatites virais (3,5%). No entanto, as evidências acabam sendo limitadas, pois partem de bases secundárias que são afetadas pela subnotificação e inadequação na completude das informações. Além disso, não há dados referentes a outros agravos à saúde, os quais não são de notificação compulsória, o que limita as ações e o acesso da PPL à saúde de forma integral e efetiva (NETO et al., 2019).

No RS o perfil epidemiológico da PPL também apresenta um panorama preocupante para a saúde pública. Estudos realizados em UPs no estado apontam prevalência de 6,6% para o HIV, 6% para Sífilis, além de 2,5% e 8,3% para hepatites B e C, respectivamente (PRELLWITZ et. al., 2013; MACHADO et al., 2019). Em relação a TB, um estudo realizado no Presídio Central de Porto Alegre, um dos maiores estabelecimentos carcerários do RS, apontou a prevalência de 1.898/100 mil pessoas privadas de liberdade, sendo 40 vezes superior ao que se verifica na população geral (PELISSARI et al., 2018).

É relevante expor que há uma dificuldade para mapear a real situação epidemiológica de saúde no sistema prisional. Os dados disponíveis são escassos e fragmentados, de modo que não contemplam a realidade do sistema, além de que muitas das evidências geradas provêm de fontes secundárias, as quais são afetadas pela subnotificação. Atualmente, somente a tuberculose é a doença de notificação compulsória que possui recorte de dados para a população prisional (MIRANDA; ZANDONE; NETO, 2016; ORNELL et al., 2016; NETO et al., 2019).

As mudanças demográficas observadas na população nas últimas décadas, contribuíram para uma alteração nos padrões de morbimortalidade, sendo verificada uma transição epidemiológica entre as doenças transmissíveis e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), as quais se tornaram um sério problema para a saúde pública, correspondendo a 70% da mortalidade total no Brasil. De modo geral, as DCNTs têm como principal tratamento o uso de medicamentos de modo contínuo, assim, a falta de acesso a esse insumo por parte da população é considerada como fator decisivo para complicações e aumento da demanda pelos serviços de saúde (1,26 vezes mais consultas e 1,7 vezes mais internações hospitalares), consequentemente elevando o impacto financeiro no sistema de saúde (WHO, 2014b; MALTA et al., 2017).

Apesar da magnitude que as DCNTs tomaram no contexto da saúde pública, dados limitados são encontrados sobre essa carga de doenças entre a PPL (BINSWANGER; KRUEGER; STEINER, 2009; BAUTISTA-ARREDONDO et al., 2015; BAI et al., 2015; GALVÃO et al., 2019; MUNDAY et al., 2019). É importante destacar ainda, que os indivíduos encarcerados estão sujeitos de forma mais incisiva tanto aos determinantes sociais (desigualdades socioeconômicas, diferenças no acesso a bens e serviços de saúde, baixa escolaridade, desigualdades no acesso a informações) quanto aos fatores de risco comportamentais (tabagismo, consumo de álcool e drogas, sedentarismo, dieta inadequada) para o desenvolvimento e/ou agravamento das DCNTs (DUNCAN et al., 2012; WHO, 2014b; SILVA; NAZARIO; LIMA, 2015).

Nos últimos anos as doenças mentais, entre as quais podemos citar depressão, ansiedade, psicoses, e transtornos atribuíveis ao uso indevido de álcool e drogas, também tiveram um considerável aumento na população, sendo estimado que 30% dos adultos em todo o mundo atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer transtorno mental (STEEL et al., 2014; PAHO, 2018). A prevalência de transtornos psiquiátricos é maior, entre 5 a 10 vezes, nos indivíduos encarcerados quando comparados com a população geral, sendo também observada maior ocorrência em países de baixa renda e entre o sexo feminino (ANDREOLI et al., 2014; WHO, 2014a; FAZEL; SEEWALD, 2012; CONSTANTINO; ASSIS; PINTO, 2016; AL-ROUSAN et al., 2017; BARANYI et al., 2019; TUNG et al., 2019; FOVET et al., 2020).

Em amplo estudo realizado no sistema prisional da Inglaterra, foi verificado uma elevada taxa de prescrições de medicamentos psicotrópicos em comparação com a população geral, a prevalência de prescrição destes fármacos foi 6 vezes maior entre as mulheres e 4 vezes maior entre os homens encarcerados (HASSAN et al., 2016). O tratamento destes distúrbios, baseado na terapia com medicamentos psicotrópicos é de fundamental importância no que se refere a melhor prognóstico, diminuição na ocorrência de crises e melhora na qualidade de vida, de modo que o sucesso terapêutico se condiciona a elementos essenciais como o acesso ao medicamento, seu uso racional, a orientação e o acompanhamento adequado da terapia (WHO, 2009).

O final do ano de 2019 foi marcado pelo surgimento de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, causado por uma nova cepa de coronavírus (SARS-CoV-2) descoberta na China. A doença, COVID-19, causada pelo novo coronavírus, se

disseminou rapidamente por várias partes do mundo tornando-se uma emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo caracterizada no final de março de 2020 pela OMS como uma pandemia. Devido a seu caráter altamente infectocontagioso, foram preconizadas medidas para o controle da disseminação desenfreada da COVID-19, entre elas o isolamento ou distanciamento social, testagem da população, isolamento dos casos confirmados e identificação dos contatos próximos com instituição de quarentena, uso de máscara facial e higiene frequente das mãos através da lavagem ou do uso de álcool 70% (WHO, 2020a; WHO, 2020b).

A pandemia de COVID-19 impôs um grande desafio sanitário à saúde pública, especialmente entre grupos populacionais mais vulneráveis, como a PPL. No contexto prisional, a superlotação somada às condições insalubres e péssima ventilação dos ambientes, são fatores que corroboram de forma sinérgica para a disseminação da doença, sendo difícil a efetivação das medidas para controle de surtos. Nesse sentido, protocolos de prevenção e controle da COVID-19 se tornaram fundamentais e imprescindíveis, visando garantir a saúde da população prisional a qual é essencial para a saúde coletiva, considerando o potencial de transmissão entre presos, trabalhadores do sistema prisional, visitantes e a comunidade geral (CARVALHO; SANTOS; SANTOS, 2020; BENETTI et al., 2021).

Em estudo ecológico, desenvolvido por Crispim e colaboradores (2021), no período de abril a agosto de 2020 foram notificados 18.767 casos de COVID-19 na PPL, sendo verificado uma incidência de 2.511,19 casos por 100 mil habitantes. No RS, os casos notificados entre a PPL corresponderam a 5,94% (1.115 casos) com uma taxa de incidência de 2.707,03 casos por 100 mil habitantes. As altas taxas encontradas de COVID-19 são preocupantes ao considerarmos evidências que apontam um incremento de 12 vezes no número de infecções na PPL, quando comparamos a testagem em massa aos casos confirmados através de testes em internos sintomáticos, ou seja, a dimensão da doença nos estabelecimentos prisionais do Brasil pode ser muito maior (HAGAN et al., 2020).

Diante dos desafios impostos ao sistema de saúde frente a pandemia, a AF também necessitou adequar-se às demandas através de novos fluxos operacionais e reconfigurando processos de trabalho tanto assistenciais quanto gerenciais. Nesse período, podemos destacar a priorização de algumas ações como a garantia adequada do abastecimento das tecnologias de diagnóstico e dos produtos

preventivos da Covid-19, como os equipamentos de proteção individual (EPIs) e álcool 70%; desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e vigilância ativa para detecção precoce de desabastecimento de medicamentos e produtos farmacêuticos; reorganização dos serviços de dispensação de medicamentos com atenção aos protocolos de segurança e prolongamento do prazo de validade das prescrições; organização de atendimento farmacêutico por via remota, visando educação em saúde, orientação e acompanhamento farmacoterapêutico (LULA-BARROS; DAMASCENA, 2021).

Estudos acerca da AF em instituições prisionais são globalmente limitados, bem como se verifica uma concentração de pesquisas realizadas em países de alta renda como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido (COSTA; QUEIROZ; SOLER, 2020). Essa escassez de informações, motivou um corpo clínico da Divisão de Saúde Prisional na Suíça a reunir profissionais para mapear os modelos relacionados a dispensação e preparo de medicamentos nas unidades prisionais. Apesar do Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e das Penas ou Tratamentos Desumanos ou Degradantes recomendar desde 1992 que dever haver supervisão apropriada da farmácia e da dispensação de medicamentos, a realidade verificada é diferente ao preconizado, sendo a entrega de medicamentos realizada por agentes penitenciários e inclusive por detentos (TRAN et al., 2020).

Em um amplo inquérito realizado para caracterizar a AF no sistema prisional de Portugal, foi verificado um baixo percentual de Farmacêuticos atuando nesse âmbito (6,1% das prisões), sendo que na maioria das instituições os enfermeiros eram responsáveis pela farmácia e a entrega de medicamentos era realizada principalmente por guardas (56%). No que se refere as condições de armazenamento dos medicamentos, 94,4% dos locais apresentavam condições inadequadas, sendo que na maioria das instituições prisionais não é realizado o monitoramento e registro dos níveis de temperatura e umidade, fatores importantes que podem comprometer a qualidade dos medicamentos. A promoção do uso racional dos medicamentos também se apresentou restrita, considerando que em 75% dos estabelecimentos prisionais não eram fornecidas informações sobre os medicamentos e seu uso (GUERRA; FRESCO, 2013).

Se observa que a presença do Farmacêutico nas unidades e equipes de saúde prisionais ainda é muito limitada, tornando as atividades assistenciais da AF quase inexistentes nesse contexto. Em um estudo realizado em prisões de Lyon na

França, em que é descrito um robusto modelo de atenção à saúde prisional, são apresentadas as intervenções farmacêuticas realizadas nas prescrições médicas. No período analisado pelo estudo, entre 2012 e 2014, foram revisadas 18.205 prescrições e 4.064 (22,3%) apresentaram algum problema, sendo os principais referentes a falta de monitoramento (15% das intervenções), falta de adesão (13%), sobredose (10%) e inconformidade com recomendações ou consenso (8%) (LALANDE et al., 2016).

As Diretrizes dos Serviços de Farmácia nos Estabelecimentos Prisionais, documento elaborado pela Sociedade Americana de Farmacêuticos do Sistema de Saúde, é um importante exemplo de visibilidade das ações da AF e de reconhecimento da PPL como integrante do sistema de saúde de direito igualitário ao restante da população. O documento aborda diversos pontos relevantes para a organização da AF, destaca-se a orientação de haver um Farmacêutico responsável pela farmácia em cada unidade prisional ou ao menos um profissional que preste consultoria; orientações sobre atividades de farmácia clínica, especial envolvimento com vacinação e acompanhamento dos tratamentos de indivíduos com doenças infectocontagiosas e/ou crônicas; participação do Farmacêutico em Comissão de Farmácia e Terapêutica, em decisões clínicas, no desenvolvimento de políticas e procedimentos, na revisão de regime e avaliação do uso de medicamentos; supervisão e qualificação da equipe dos serviços de AF; orientações sobre o ciclo da AF; adequações das instalações e recursos materiais para farmácia e sobre desenvolvimento de ações de educação em saúde (BOTT, 2016).

Considerando os diversos agravos à saúde passíveis de acometer a PPL é possível inferir que comumente sejam complexos os regimes farmacológicos utilizados por esses indivíduos. Diante disso, Abuzour e colaboradores (2021) desenvolveram e implantaram um conjunto de 13 indicadores de segurança de prescrições no sistema informatizado de 2 estabelecimentos prisionais no Reino Unido. Assim, foi identificada alta prevalência no uso de anticolinérgicos em idade \geq 65 anos, falta de monitoramento antipsicótico por $>$ 12 meses, uso prolongado de hipnóticos sedativos por $>$ 1 mês, prescrição de antiplaquetário juntamente com anti-inflamatórios não esteroidais sem proteção gastrointestinal. O impacto da adoção destes indicadores é importante para melhorar a qualidade das prescrições, monitorar a segurança no uso dos medicamentos e reduzir prescrição potencialmente perigosas.

No Brasil diferentes estudos foram desenvolvidos com enfoque para avaliação da AF no sistema público de saúde, contudo, há uma carência de dados disponíveis

sobre a temática no âmbito prisional (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE et al., 2015; AKERMAN; FREITAS, 2017). Nesse sentido, Flora e colaboradores (2020) propuseram um modelo de indicadores de estrutura, processo e resultados da AF prisional, o qual foi validado em conteúdo e forma através da técnica Delfos, totalizando em sua versão final 50 indicadores (28 de estrutura, 16 de processo e 6 de resultado). Todavia, cabe ressaltar que apesar da proposta adequar os indicadores para as especificidades do contexto prisional, ainda é complexa sua aplicabilidade de conteúdo como um todo, considerando a existência de grandes discrepâncias em aspectos estruturais, operacionais e de assistência à saúde entre as instituições penais no Brasil (CNMP, 2016).

Recentemente, dois estudos qualitativos conduzidos sobre a AF no sistema prisional da Paraíba revelaram ausência do profissional Farmacêutico nas unidades prisionais, inexistência de estrutura física que abrigue a farmácia, bem como inadequação de mobiliário e infraestrutura para armazenamento dos medicamentos, sendo frequente a perda de insumos. Além disso, a entrega de medicamentos aos detentos geralmente é realizada por profissionais de Enfermagem e Agentes Penitenciários, ocorrendo sem qualquer orientação específica e individualizada. Adicionalmente, é frisada a grande dificuldade das equipes de saúde em acessar a rede de serviços, assim como de garantir os medicamentos necessários à PPL. (COSTA; SOLER; QUEIROZ, 2022; CARDINS; MORAIS; COSTA, 2022)

Os indivíduos privados de liberdade são considerados população chave no fenômeno da medicalização, além disso, conforme discutido possuem alta carga de doenças que exigem regime de tratamento farmacológico muitas vezes complexo, podendo ocorrer diversos efeitos adversos, além de estar altamente condicionado a ocorrência de interações devido a polifarmácia e ao uso de drogas e álcool (CUTHBERTSON et al., 2017; BRASIL, 2018b; FARHOUDI et al., 2018; GOODLET; ZMARLICKA; PECKHAM, 2019). Em virtude dessas questões, das premissas da PNAISP e considerando o papel transversal da AF no SUS, na garantia de integralidade do cuidado e resolutividade das ações em saúde, torna-se fundamental conhecer como encontra-se organizada e estruturada a AF dentro do sistema prisional, a fim de evidenciar o cenário, visando contribuir com a gestão para futuras ações de aprimoramento e qualificação desse eixo da saúde.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório com desenho transversal. A pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar uma visão geral, buscando a aproximação com um fato ainda pouco estudado. Assim, ao final do estudo há uma maior clareza, possibilitando formular problemas e hipóteses mais precisos, a fim de orientar estudos posteriores no contexto em questão (GIL, 2008). Já os estudos descritivos, visam observar, registrar e descrever sistematicamente uma determinada área de interesse (GRESSLER, 2004).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) e da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), especificamente na AF no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul. A PPL integra um dos grupos prioritários que a SES/RS direciona trabalhos na perspectiva da promoção da equidade em saúde através da implementação de políticas públicas direcionadas. Atualmente o RS possui uma PPL de aproximadamente 43.521, sendo 41.031 homens e 2.490 mulheres. O Sistema Prisional do RS, encontra-se dividido em 10 Delegacias Penitenciárias Regionais (DPR), compreendendo 101 estabelecimentos prisionais em atividade (APÊNDICE B), localizados em 78 municípios.

4.3 Caracterização da AF

A caracterização da AF foi realizada através da aplicação de um questionário semiestruturado, destinado ao profissional diretamente envolvido na organização/execução das atividades de AF de cada UP, podendo este ser integrante da equipe de saúde prisional ou não, conforme as diferentes realidades do sistema (APÊNDICE C). O questionário foi elaborado e adaptado com base no instrumento da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) – Componente Avaliação dos serviços de

Assistência Farmacêutica Básica, com questões voltadas a gestão, estrutura, organização, processos e qualificação da AF (BRASIL, 2016c).

Em consideração à logística e as diferentes dinâmicas de trabalho no sistema prisional, bem como a situação de saúde devido a pandemia de COVID-19, os questionários foram aplicados de forma remota, utilizando um formulário eletrônico na plataforma *Google Forms*. Assim, o convite, as orientações para a participação no estudo e o acesso ao formulário ocorreram através do envio individual de e-mails às UPs do Estado, obtidos através da página da SUSEPE (http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7).

Além disso, também foi realizado contato prévio com as Coordenações Técnicas das 10 DPR, para informar sobre a realização do estudo e promover a colaboração na divulgação entre os profissionais das UPs. Foram realizadas até 3 tentativas de envio de e-mails, de modo a fomentar a taxa de resposta à pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro de 2022.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo todas as UPs em atividade no RS que integram as 10 DPR do RS. Foram excluídos da pesquisa os questionários que estavam preenchidos de forma incompleta.

4.5 Critérios éticos

Todos os participantes foram convidados a participar do estudo mediante o envio individual de e-mails às UPs e tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido on-line (APÊNDICE D). Assim, somente prosseguiram à pesquisa os indivíduos que registraram seu aceite de participação.

O presente estudo foi autorizado pela Superintendência do Serviços Penitenciários/Escola do Serviço Penitenciário (ANEXO A), bem como submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO B) e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/SES/RS) (ANEXO C), sob os pareceres nº 5.260.815 e 5.469.526, respectivamente.

4.6 Retorno aos participantes da pesquisa

Os resultados serão apresentados às autoridades responsáveis pela gestão e política de saúde prisional, além de também serem divulgados através de publicações de trabalhos científicos.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram tabulados inicialmente em planilha utilizando *Microsoft Excel* e posteriormente as análises descritivas, distribuição de frequências absoluta e relativa, foram realizadas no software *Jamovi* versão 2.2.5.

5 ARTIGO

O texto completo que ocupa o intervalo compreendido entre as páginas 62 – 83, foi suprimido por tratar-se de manuscrito submetido para publicação à periódico científico.

6 DISCUSSÃO GERAL

Apesar dos importantes avanços na efetivação da garantia do direito à saúde, o acesso equitativo aos serviços e ações do SUS ainda permanece um desafio, sendo verificado importantes desigualdades especialmente entre grupos mais vulneráveis da população, como as pessoas privadas de liberdade (STOPA et al., 2017; SCHULTZ et al., 2020; PALMEIRA et al., 2022). A AF é um sistema fundamental para a organização da RAS e requer articulação e sinergismo entre as ações técnico-gerenciais e as assistenciais, especialmente na conjuntura da APS, que é a porta de entrada preferencial, principal provedora da atenção e coordenadora do cuidado (MENDES, 2010; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014; BRASIL, 2020a).

No presente estudo, as condições observadas de organização e infraestrutura da AF no sistema prisional revelam importante distanciamento das condições mínimas adequadas. O reconhecimento do medicamento como elemento do sistema e insumo essencial para a resolutividade da atenção à saúde ocorreu em fases e tardiamente na trajetória do SUS, sendo tal fato constatado pela realidade das condições deficientes de infraestrutura nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Apesar da estruturação das farmácias no âmbito do SUS ser minimamente orientada por documentos do MS, o cenário verificado no sistema prisional se configura pela inexistência de área específica destinada à farmácia em grande parte das UPs, prevalecendo apenas um local como armário e/ou prateleira para guarda de medicamentos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; LEITE et al., 2017).

Entre as UPs observadas foi constatado que poucos locais possuem sistema informatizado para a gestão da AF, apesar do MS também disponibilizar gratuitamente o sistema Hórus no âmbito da PNAISP. A utilização de sistema informatizado para gestão da AF se relaciona a maiores percentuais no acesso total aos medicamentos, além de apontar para o fortalecimento do controle e monitoramento na utilização dos fármacos (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012; BARROS et a., 2017). Assim, emerge a necessidade de maiores estudos sobre as reais circunstâncias de emprego e a efetividade dessa ferramenta nas UPs, especialmente considerando a carência de dados sobre a AF no âmbito prisional.

A inexistência de Procedimento Operacional Padrão (POP) para as atividades de AF também foi um ponto crítico observado entre as UPs, considerando a importância desses documentos para organização e qualidade do trabalho, pois

descrevem a execução das atividades sequencialmente a fim de garantir os resultados esperados na tarefa. Dados da PNAUM revelam que nos municípios brasileiros, a existência de POPs para as atividades de recebimento, armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos encontram-se acima dos 67% (SOUZA et al., 2017). Tendo em vista o processo de descentralização da atenção primária no contexto da saúde prisional, especialmente considerando o processo de municipalização da atenção à saúde da PPL no RS, pode-se inferir a desarticulação na integração desse meio ao sistema geral.

As condições ambientais e estruturais das farmácias e unidades de dispensação na APS no SUS se revelam inadequadas de um modo geral no Brasil, visto a incidência de luz solar direta sobre os medicamentos, presença de insetos, mofo ou infiltrações nas paredes, assim como desatenção ao controle de temperatura e umidade nos locais (COSTA et al., 2017). No sistema prisional gaúcho, as condições de armazenamento nas UPs observadas se apresentaram com baixos percentuais de itens para assegurar a conservação e guarda dos medicamentos adequadamente, como ar-condicionado, termômetro e geladeira para armazenamento de termolábeis, além do reduzido e/ou inexistente monitoramento das condições de armazenamento. Tais condições corroboram aos achados em um estudo realizado no sistema prisional de Portugal, no qual o armazenamento dos medicamentos ocorria em local inadequado em 46% dos estabelecimentos, além da quase totalidade não possuir ar-condicionado e não realizar registros da temperatura e umidade (97%) (GUERRA; FRESCO, 2013). Nesse sentido, destaca-se potenciais riscos à saúde dos usuários, já que há relação direta entre a qualidade e eficácia do medicamento com a manutenção da sua estabilidade frente às condições de armazenamento e manuseio.

Em mais da metade das UPs participantes do estudo havia UBSp e eAPP, contudo, a presença do Farmacêutico no âmbito prisional é uma realidade pouco observada entre as instituições. A inserção do Farmacêutico no SUS ainda se encontra muito voltada na gestão da AF, sendo que a entrega de medicamentos nas unidades de saúde da APS é principalmente realizada por técnicos ou auxiliares de enfermagem (CARVALHO et al., 2017). Além disso, a demanda das atividades técnico-gereciais ainda se sobrepõe as atividades assistenciais, o que, conseqüentemente, restringe as ações de cuidado farmacêutico aos usuários do SUS (ARAUJO et al., 2017).

Outro aspecto que se destaca diante das condições encontradas no contexto prisional, se refere ao fracionamento de medicamentos, sendo uma prática referida por várias UPs. Tal prática é responsabilidade do Farmacêutico, devendo ser efetuada de acordo com as Boas Práticas para Fracionamento instituídas pela RDC nº 80, de 11 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b). O descumprimento aos requisitos mínimos para o fracionamento de medicamentos também é uma realidade verificada em farmácias e unidades dispensadoras da atenção primária, sendo importante destacar que a ausência de rotulagem e identificação adequada dos produtos nas embalagens primárias pode acarretar em erros de medicação, uso de medicamentos vencidos ou troca por outro produto pelo paciente (COSTA et al., 2017). Contudo, se destaca contornos mais críticos dessa prática no contexto prisional, considerando a soma de fatores que contribuem para a vulnerabilidade da efetividade e segurança do medicamento, como as condições relacionadas à infraestrutura, a predominante inexistência de POPs que minimamente orientem os profissionais e a falta de supervisão do Farmacêutico.

A infraestrutura física, assim como os recursos humanos e materiais devem favorecer o pleno desenvolvimento das ações de AF de forma integrada aos demais serviços, visando a garantia da qualidade dos medicamentos, a humanização do atendimento, bem como o desenvolvimento de ações que contribuam na melhoria das condições de assistência à saúde (LEITE et al., 2017). Entre as UPs gaúchas foi observada falta de investimentos em infraestrutura e na capacitação/qualificação dos profissionais envolvidos nas atividades de AF. Essa realidade sugere uma incompreensão e/ou invisibilidade da AF, e especificamente da farmácia no âmbito prisional, como espaço e parte do processo de atenção à saúde.

Em relação a dispensação de medicamentos, esse é um serviço farmacêutico pouco executado no âmbito das UPs, sendo que geralmente a entrega dos medicamentos é realizada por Técnico em Enfermagem ou Agente Penitenciário. Esse dado corrobora com o observado, em recente estudo, em penitenciárias na Paraíba, onde a entrega de medicamentos aos apenados variava conforme os profissionais de cada penitenciária, com a doença e com o comportamento do detento, sem retenção da prescrição ou o adequado registro (CARDINS; FREITAS; COSTA, 2022). Diante desta realidade, se reforça que a dispensação de medicamentos é um ato privativo do Farmacêutico que envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega sob orientação do uso

adequado, sua conservação e descarte, com a finalidade de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequada ao medicamento (CFF, 2016).

A dispensação de medicamentos é uma das etapas para promoção do uso racional de medicamentos, assim, as orientações fornecidas ao paciente nesse momento são essenciais, contribuindo substancialmente para a adesão ao tratamento e o êxito da farmacoterapia. No entanto, é fundamental destacar que o uso racional de medicamentos no ambiente prisional se torna pouco tangível, diante da realidade enfrentada pelas equipes de saúde que vivenciam um cenário de trabalho precarizado, com equipes incompletas, estrutura deficiente e falta de capacitação adequada (SANTANA, REIS, 2019; BRITO et al., 2020).

No que se refere as limitações do presente estudo, destaca-se o fato de não ter ocorrido a participação de algum Farmacêutico atuante na gestão da AF no contexto prisional do Estado, assim como a indisponibilidade de acesso aos dados da gestão da AF da SUSEPE, que poderiam contribuir na articulação e melhor compreensão dos dados observados. Outro ponto se refere a inexistência de um instrumento específico destinado a avaliação da AF no sistema prisional, principalmente considerando a existência de grandes discrepâncias em aspectos estruturais, operacionais e de assistência à saúde entre as instituições penais no Brasil. Adicionalmente, é importante pontuar que diante das diferentes realidades das UPs, especialmente no que se refere aos recursos humanos, deve ser considerado o possível viés quanto à compreensão por parte dos respondentes sobre alguns termos utilizados na pesquisa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, foi possível obter um panorama inédito sobre a AF no sistema prisional do RS, em termos de organização e infraestrutura. Os dados observados podem contribuir para fomentar e impulsionar a realização de novos estudos nesse âmbito, bem como para o desenvolvimento de futuras ações de aprimoramento e qualificação da AF no contexto prisional.

De modo geral, se observou importantes fragilidades na AF no contexto da APS prisional do RS, especialmente em relação a inobservância das condições mínimas de infraestrutura necessárias, que se apresentam distante das adequadas para garantir a efetividade e segurança dos medicamentos. Além disso, ressalta-se o fato do Farmacêutico não estar devidamente inserido entre a força de trabalho no sistema prisional, sendo um ponto crítico na condução das ações da AF devido a indisponibilidade dos serviços farmacêuticos, que contribuem substancialmente para a melhoria dos resultados em saúde da população.

Apesar dos avanços na institucionalização da AF no SUS e das premissas da PNAISP, é notório a necessidade do sistema prisional ser de fato legitimado na prática como um ponto de atenção da RAS, oportunizando condições ao acesso equitativo às ações de saúde pela PPL. Nessa conjuntura, se releva importante maior articulação entre Estado e os Municípios, assim como entre gestores da segurança e da saúde, na condução de ações de aprimoramento e qualificação, que possibilitem impreterivelmente a integração da AF aos demais serviços de saúde ofertados às pessoas privadas de liberdade.

REFERÊNCIAS

- ABUZOUR, A. S. et al. Implementing prescribing safety indicators in prisons: A mixed methods study. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 88, n. 4, p.: 1866-1884, 2022.
- AKERMAN, M.; FREITAS, O. de. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, v.51, Supl. 2:1s, 2017.
- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.:3939-3949, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.29, n.2, 2011.
- ALMEIDA, E. R. de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e180, 2018.
- AL-ROUSAN, T. et al. Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. **BMC Public Health**, v.17, n.1, p.:342-350, 2017.
- AMEYA, G. et al. Intestinal parasite infections and associated factors among inmates of Arba Minch prison, southern Ethiopia: cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v.19, n1:1086, 2019.
- ANDREOLI, S. B. et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of São Paulo, Brazil. **PLoS One**, v.9, n.2:e88836, 2014.
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.42, n.1, p.:137-146, 2006.
- ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.:1181-1191, 2017.

BAI, J. R. et al. Prevalence and Predictors of Chronic Health Conditions of Inmates Newly Admitted to Maximum Security Prisons. **Journal of Correctional Health Care**, v. 21, n.3, p.: 255-264, 2015.

BANDEIRA, V. A. C et al. Avaliação da satisfação dos usuários das farmácias do sistema público de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.30, n.3, p.:1-8, 2017.

BARANYI, G. et al. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. **Lancet Global Health**, v.7, n.e461–471, 2019.

BARRETO, J. L.; CALVO, M. C. M. Avaliação em saúde e avaliação da Assistência Farmacêutica. In: LEITE, S. N. et al. (Org.). **Gestão da Assistência Farmacêutica**. 1ed. Florianópolis: EdUFSC, 2016, v. 2, p. 93-112.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.:1207-1220, 2010.

BARROS, R. D. de et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:8s, 2017.

BAUTISTA-ARREDONDO, S. et al. A Cross-Sectional Study of Prisoners in Mexico City Comparing Prevalence of Transmissible Infections and Chronic Diseases with That in the General Population. **PLoS One**, v.10, n.7:e0131718, 2015.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.:1937-1951, 2018.

BINSWANGER, I. A.; KRUEGER, P. M.; STEINER, J. F. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.63, n.11, p.:912-919, 2009.

BINSWANGER, I. A. et al. Epidemiology of Infectious Disease-Related Death After Release from Prison, Washington State, United States, and Queensland, Australia: A Cohort Study. **Public Health Reports**, v.131, n.4, p.:574-582, 2016.

BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n.2, p.:310-323, 2017.

BOTT, Q. D. ASHP Guidelines on Pharmacy Services in Correctional Facilities. **American Journal of Health System Pharmacy**, n. 73, v. 21, p.:1784-1790, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 21 Dez. 2020.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 21 Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 21 Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo 1, destinado a prover a atenção integral a saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Diário Oficial da União, Seção 1, 39-43, 11 ago 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial União. 6 mai 2004; Seção 1:52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html> Acesso em 20 Dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência farmacêutica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 80, de 11 de maio de 2006. As farmácias e drogarias poderão fracionar medicamentos a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para essa finalidade [...]. Diário Oficial da União nº 90, Seção I, pág. 58-62, 12 de maio de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.270, de 26 de outubro de 2010. Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília (DF), 2010c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7). – Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, 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). Diário Oficial da União, 22 out 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial União, Seção 1:29, 14 Jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional – 1. Ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Insumos Estratégicos. **QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas**. Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos, Departamento de assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos — Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Série Articulação Interfederativa; v. 4 – 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 07 Mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Aprova a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para**

desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.** Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN - atualização junho de 2017. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional, 2019a. Disponível em: < <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatoriosinteticos/infope-n-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf>>. Acesso em: 26 Abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da AB no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, 2020b. Disponível em: < <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 22 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde: manual do usuário – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/base_dados_assistencia_farmaceutica_manual.pdf>. Acesso em: 21 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.662, de 3 de Outubro de 2022. Dispõe sobre o repasse dos recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional para o exercício de 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3662_04_10_2022.html>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRITO, L. J. S. et al. Capacitação em serviço: percepção dos trabalhadores de saúde na assistência em unidades prisionais federais. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 1: e20190158, 2020.

CARBONE, A. S. S. et al. Estudo multicêntrico da prevalência de tuberculose e HIV na população carcerária do Estado do Mato Grosso do Sul. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v.28, n.1, p.:53-57, 2017.

CARDINS, K. K. B.; FREITAS, C. H. S. M.; COSTA, G. M. C. Dispensação de medicamentos no sistema prisional: garantia de assistência farmacêutica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p.: 4589-4598, 2022.

CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p.23-22, 2017.

CARVALHO, M. N. et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 2017.

CARVALHO, S. G.; SANTOS, A. B. S. S.; SANTOS, I. M. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p.: 3493-3502, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF; 2016. Acesso em: <https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em 10 Fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota Técnica 14 de 2014: Proposta de financiamento e execução da assistência farmacêutica às populações privadas de liberdade no sistema prisional. Brasília: CONASS, 2014.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CNMP). A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro - 2016 / Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2016. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/Livro_sistema_prisional_web_7_12_2016.pdf>. Acesso em: 17 Mar. 2022.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p.:2089-2099, 2016.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU). Relatório de Avaliação – Departamento Penitenciário Nacional 2020. Brasília, DF, 2020.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. (Org.). A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.2, n.3, p.:41-49, 2011.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n.1, p.: 171-182, 2000.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. Hórus: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, Supl 1, p.: 91-99, 2012.

COSTA, K. S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2:3s, 2017.

COSTA, J. M. B. S. et al. Avaliação da estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Pernambuco. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.28, n.4, p.:609-618, 2020a.

COSTA, C. R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade em presidiários do Sul do Brasil. **Arquivos de Psiquiatria Clínica**, v. 47, n. 4, p.: 89-94, 2020b.

COSTA, A.P.A.M.; de QUEIROZ, L.M.D.; SOLER, O. Assistência farmacêutica em sistemas penitenciários: Revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p.:77670-77689, 2020.

COSTA, A.P.A.M.; SOLER, O.; de QUEIROZ, L.M.D. Assistência farmacêutica prisional paraense: fatores determinantes ao acesso aos medicamentos e ao direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p.: 4579-4588, 2022.

CRISPIM, J. A. et al. Impacto e tendência da COVID-19 no sistema penitenciário do Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.01, p.: 169-178, 2021.

CUTHBERTSON, L. et al. Factors That Promote and Hinder Medication Adherence From the Perspective of Inmates in a Provincial Remand Center: A Mixed Methods Study. **Journal of Correctional Health Care**, v.24, p.1, p.:21–34, 2017.

DANTAS, M. N. P. et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210004, 2021

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do sistema único de saúde entre 2008 e 2015**. 1ed. Brasília: Inesc, 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/Livro-Direito-a-medicamentos-Avalia----o-das-despesas-INESC--2016.pdf>>. Acesso em: 19 Jul. 2021.

DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.1, p.:73-83, 2006.

DOLAN, K. et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. **Lancet**, v.388, n.10049, p.:1089-1102, 2016.

DOTTA, R. M. et al. Equipes de Atenção Primária Prisional e a notificação de tuberculose no Rio Grande do Sul/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p.: 4415–4422, 2022.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v.46, Supl:126-34, 2012.

EL MAERAWI, I., CARVALHO, H. B. Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison of São Paulo. **International Journal of STD & AIDS**, v.26, n.2, p.:120-127, 2015.

ELY, K. Z. et al. Diagnóstico bacteriológico de tuberculose na população privada de liberdade: ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica prisional. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.46, n.2:e20190179, 2020.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE. Prevention and Control and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings. Stockholm: ECDC; 2017.

FAIR, H.; WALMSLEY, R. World Prison Population List, 13ed. London: Institute for Crime & Justice Policy Research, 2021. Disponível em: <https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2022.

FALQUETTO, T. C. et al. Hepatitis C in prisoners and non-prisoners in Colatina, Espírito Santo, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v.49, n.4, p.737-743, 2013.

FARHOUDI, B. et al. Barriers to adherence to antiretroviral treatment among inmates of a prison in tehran, Iran: A Qualitative Study. **Archives of Clinical Infectious Diseases**, v.13, n.3:e57911, 2018.

FAZEL, S.; SEEWALD, K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. **British Journal of Psychiatry**, v.200, n.5, p.364-373, 2012.

FERNANDES, L. H. et al. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, p.: 275-283, 2014.

FLORA, S. M. et al. ADEQUAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 22-40, 2020.

FOVET, T. et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. **European Psychiatry**, v.63, n.1:e43, 2020.

GADELHA, C.A.G. et al. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl 2:3s, 2016.

GALVÃO, M.H.R. et al. Risco para doenças cardiovasculares em mulheres detentas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.32:8994, 2019.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org). **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.51, Supl. 2:15s, 2017.

GIERGOWICZ, F.B.; MAHMUD, I.C. A população privada de liberdade e a tuberculose: perfil epidemiológico em Porto Alegre/RS. **Scientia Medica**, v. 30, n.1, p.:1-8, 2020.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; de ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p.: 1475–1482, 2020.

GOODLET, K. J.; ZMARLICKA, M. T.; PECKHAM, A. M. Drug–drug interactions and clinical considerations with co-administration of antiretrovirals and psychotropic drugs. **CNS Spectrums**, v.24, n.3, 287-312, 2019.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2ª ed. rev. atual. São Paulo: Loyola, 2004.

GUERRA, L. A. M.; FRESCO, P. F. C. Characterization of pharmacy services in Portuguese prisons: a national survey. **International Journal of Prisoner Health**, v.9, n.4, p.:187-195, 2013.

HAGAN, L. M. et al. Mass Testing for SARS-CoV-2 in 16 Prisons and Jails - Six Jurisdictions, United States, April-May 2020.” **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 33, p.: 1139-1143, 2020.

HASSAN, L. et al. Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. **BMC Psychiatry**, v.16, n.1, p.:346-356, 2016.

HEARD, C. Towards a health-informed approach to penal reform? Evidence from ten countries. Institute for Crime & Justice Policy Research, 2019.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). Orçamento Temático de Acesso a Medicamentos 2019 (OTMED). Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/12/OTMED-2020.pdf>>. Acesso em: 13 Set. 2021.

JARAMILLO N.M.; CORDEIRO, B. C. Assistência farmacêutica. In: Osório-de-Castro C. G. S. et al. (org). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p.27-38.

KAMARULZAMAN, A. et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. **Lancet**, v.388, n.10049, p.:1115-1126, 2016.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 11, n.1, p.:85-99, 2008.

LALANDE L. et al. Prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral: contribution de l'équipe pharmaceutique à la sécurité des patients [Drug management of prisoners: Role of the pharmaceutical staff to ensure patient safety]. **Annales Pharmaceutiques Françaises**, v.74, n.2, p.:146-53, 2016.

LEITE, S. N.; GUIMARAES, M. C. L. Gestão da Assistência Farmacêutica – Parte I. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Org.). Módulo Transversal 1 – Gestão da Assistência Farmacêutica. 1ed. Florianópolis: EdUFSC, 2011, p. 12-37.

LEITE, S. N. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora UFSC; 2015.

LEITE, S. N. (org). et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica** (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica; v. 2). Florianópolis: EdUFSC, 2016.

LEITE, S. N.; GUIMARAES, M. C. L. Gestão: para fazer acontecer. In: LEITE, S. N.; SOARES, L.; MENDES, S. J.; VILVERT, A. F.; SCHNEIDER, L. M. C. (Org.). Gestão da Assistência Farmacêutica. 1ed. Florianópolis: EdUFSC, 2016, v. II, p. 21-32

LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v.51, Supl 2:13s, 2017.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.25, n.3, p.:905-924, 2015.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. **Revista Cuidarte**, v.8, n.2, p.1549-1560, 2017.

LULA-BARROS, D. S.; Damascena, H. L. Assistência farmacêutica na pandemia da Covid-19: uma pesquisa documental. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19: e00323155, 2021.

MABUD, T. S. et al. Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and modeling study from Brazil. **PLoS Medicine**, v.16, n.1: e1002737, 2019.

MACHADO, F. et al. Soroprevalência de infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em presidiários da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista O Mundo da Saúde**, v.43, n.1, p.:117-128, 2019.

MACINKO, J; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp.1, p.: 18-37, 2018.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.51, Supl.1:4s, 2017.

MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MEDEIROS, T. F. Et al. Molecular epidemiology of Mycobacterium tuberculosis strains from prison populations in Santa Catarina, Southern Brazil. **Infection, Genetic and Evolution**, v.58, p:34-39, 2018.

MELGAÇO, A. M.; TORRES, R. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): uma análise do seu processo de implementação no contexto atual do sistema prisional paranaense. **Revista do Legislativo Paranaense**, n. 4, p. 133-150, 2020.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p.: 38–51, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.:2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, M. D. S., RIBEIRO, A. P. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.7, p.:2031-2040, 2016.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Nota Técnica n.º 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ. ACESSO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL, 05/04/2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/depen/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/notastecnicas/diversos/O%20acesso%20a%20saude%20no%20Sistema%20Prisional.pdf>>. Acesso em 14 Jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sec. de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. Eixo Estrutura. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/qualifar-sus/eixo-estrutura>>. Acesso em 31 Mar. 2023.

MIRANDA, A. E., ZANDONADE, E., NETO, F.J. Situação de Saúde na população privada de liberdade no Brasil. In: Miranda, A.E, Rangel, C., Costa-Moura, R.(org). **Questões sobre a população prisional no Brasil: saúde, justiça e direitos humanos**. Vitória: UFES, Proex, 2016.

MUNDAY, D. et al. The prevalence of non-communicable disease in older people in prison: a systematic review and meta-analysis. **Age and Ageing**, v.48, n.2 p.: 204-212, 2019.

NAKATA, K. C. F.; SILVA, M. V. Avaliação da Acessibilidade à Assistência Farmacêutica Básica no Município de Várzea Grande (Mato Grosso). **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.35, n.3, p.:497-505, 2014.

NDEFFO-MBAH, M. L. et al. Dynamic Models of Infectious Disease Transmission in Prisons and the General Population. **Epidemiologic Reviews**, v.40, n.1, p:40-57, 2018.

NETO, F.J. et al. Health morbidity in Brazilian prisons: a time trends study from national databases. **BMJ Open**, v.9, n.5:e026853, 2019.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 3, p.: 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, L. C. F de; NASCIMENTO, M. A. A. do; LIMA, I. M. S. O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p: 286-298, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. O acesso aos medicamentos de alto custo nas Américas: contexto, desafios e perspectivas / Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Ministério das Relações Exteriores, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas. Washington, DC: OPS, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.

ORNELL, F. et al. Saúde e cárcere: Estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Sistema Penal & Violência**, v.8, n.1, p.:107-121, 2016.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p.:15-35, 2014.

PALMEIRA, N. C. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n.3, 2022

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.1, p.: 5362-5372, 2021.

PELLISSARI, D. M. et al. Prevalence and screening of active tuberculosis in a prison in the South of Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v.22, n.10, p.: 1166-1171, 2018.

PEREIRA, A. M. M. et al. (org.). Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/55606/Pereira-et-al_Financiamento%20e%20organizac%cc%a7a%cc%83o%20da%20Atenc%cc%a7a%cc%83o%20Prima%cc%81ria%20a%cc%80%20Sau%cc%81de%20no%20Brasil.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em 6 fev 2023.

PINHEIRO, M.C. et al. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.33, n.2, p.: 269-279, 2015.

PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p.: 2453-2462, 2017.

PORTELA, A.S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.31, n.1, p.: 09-14, 2010.

PRELLWITZ, I. M. et al. HIV behind Bars: Human Immunodeficiency Virus Cluster Analysis and Drug Resistance in a Reference Correctional Unit from Southern Brazil. **PLoS One**, v. 8, n. 7: e69033, 2013.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálisis**, v.21, n.2, p.:324-335, 2018.

PUGA, M.A. et al Prevalence and Incidence of HCV Infection among Prisoners in Central Brazil. **PLoS One**, v.12, n.1: e0169195, 2017.

REZENDE, G.R. et al. Prevalence, incidence and associated factors for HBV infection among male and female prisoners in Central Brazil: A multicenter study. **International Journal of Infectious Diseases**, v.96, p.:298-307, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 101/2006. Aprova a criação do Incentivo Financeiro Estadual complementar ao Incentivo Federal para a Implementação, na adesão de municípios, de Equipes Municipais de Saúde Prisional nas unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2006. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170249/23104902-1340816865-cibr101-06.pdf>>. Acesso em: 10 Set 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 054/2010. Aprova a alteração do Incentivo Financeiro Estadual para Implementação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Comissão Intergestores Bipartite do

Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS), 2010. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170224/23102413-1340209490-cibr054-10.pdf>>. Acesso em: 14 Set 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 257/2011. Aprova a alteração do incentivo estadual para habilitação de equipes municipais de saúde prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas. Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, n. 175 de 09 set. 2011a. Disponível em: < <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/0111472620141208120623cib-257-11.pdf>>. Acesso em 14 Set 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 453/11. Aprova a alteração do repasse financeiro para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), presente no Artigo 2º da Resolução nº 257/11 – CIB/RS. Diário Oficial Estado Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, n. 226 de 25 nov. 2011b. Disponível em: < http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1322490551139cibr453_11.pdf>. Acesso em: 14 Set 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Porto Alegre, 2020. Disponível em: < <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>>. Acesso em: 14 Set 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 56.626, de 16 de Agosto de 2022. Institui Política Estadual de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, 17 de Agosto de 2022. Disponível em: < <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/17140442-decreto-56-626-2022-institui-a-peaf.pdf>>. Acesso em: 15 Fev 2023.

RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Mapa prisional/Dados Estatísticos. Disponível em: < http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=29>. Acesso em 05 Abr. 2023.

RODRIGUES, P.S.; CRUZ M. S.; TAVARES, N. U. R. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, n. esp, p.:192-208, 2017.

ROSA, F. et al. Prevalência de anti-HCV em uma população privada de liberdade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.5, p.:557-560, 2012.

SACCHI, F.P. et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, Brazil. **Emerging Infectious Diseases**, v.21, n.3, p.:452-5, 2015.

SANTANA, J. C. B.; REIS, F. C. A. Percepção da Equipe de Enfermagem Acerca da Assistência à Saúde no Sistema Prisional. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.11, n.5, p.:1142-1147, 2019.

SANTOS, R. I.; PERES, K. C.; FONTANA, A. Profissão Farmacêutica e Assistência Farmacêutica. In: SANTOS, R. I. et al. (Org.). **Políticas de Saúde e Acesso a Medicamentos**. 1ed. Florianópolis: EdUFSC, 2016, v. I, p. 113-146.

SANTOS, R. I.; SOARES, L. Saúde e Cidadania. In: SANTOS, R. I. et al. (Org.). **Políticas de Saúde e Acesso a Medicamentos**. 1ed. Florianópolis: EdUFSC, 2016, v. I, p. 59-112.

SGARBI, R. V. et al. A Cross-Sectional Survey of HIV Testing and Prevalence in Twelve Brazilian Correctional Facilities. **PLoS One**, v.10, n. 10: e0139487, 2015.

SCHULTZ, A. L. V. et al. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. **Argumentum**, v.9, n.2, p.:92-107, 2017.

SCHULTZ, Á.L.V. et al. Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v.30, n.3, e300325, 2020.

SILVA, A.C.L.G.; NAZARIO, N.O.; LIMA, D.C. (Org.) **Atenção à Saúde do Homem Privado de Liberdade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2017/06/Saude_Homem.pdf>. Acesso em 29 Abr. 2021.

SILVA, T. M. P. M. et al. Characteristics associated with anti-HCV serological markers in prisoners in the state of Paraná, Brazil: a case-control study. **The Brazilian Journal Infectious Diseases**, v.23, n.3, p.:173-181, 2019.

SIMAS, L. et al. Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.10, n.1, p.:39-55, 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (SISDEPEN). Departamento Penitenciário Nacional, Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Período de Janeiro a Junho de 2022. Informações Gerais: População carcerária. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoibWQ0ODM1OTQtMmQ2Ny00M2IyLTk4YmUtMTdhYzI4N2ExMWM3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MmYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>>. Acesso em: 01 Mar. 2023.

SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.51, Supl 2:7s, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério de Saúde, 2002.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v.43, n.2, p 476-493, 2014.

STIEF, A.C.F. et al. Seroprevalence of hepatitis B virus infection and associated factors among prison inmates in State of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n.5, p.:512-515, 2010.

STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. suppl 1, 2017.

TUNG, T.H., et al. The prevalence of mental disorders in Taiwanese prisons: a nationwide population-based study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.54, n.3, p.:379-386, 2019.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.27, n.2, p:149–56, 2010.

VIEIRA, F.S.; MARQUES, D.C; JEREMIAS, S.A. Assistência Farmacêutica no Sistema único de Saúde. In. Osorio-de-Castro, C. G. S. et al. (Org.). **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**.1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p.42

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health systems: improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to develop and implement a national drug policy, in WHO Policy Perspectives on Medicines**. Geneva: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Measuring medicine prices, availability, affordability and price components**. 2ed. Geneva: WHO, Health Action International, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. **Prisons and Health**. Copenhagen: World Health Organization, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2014b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. **Declaration of Astana**. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Casaquistão, 26 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. **Status report on prison health in the WHO European Region**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. Who director-general's opening remarks at the media briefing on covid-19 – 11 march 2020. 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 22 Set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Scientific Brief, 2020. 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>>. Acesso em: 8 Set. 2022.

WRIGHT, N.M.; HEARTY, P.; ALLGAR, V. Prison primary care and non-communicable diseases: a data-linkage survey of prevalence and associated risk factors. **British Journal of General Practice Open**, v.3, n.2:bjgpopen19X101643, 2019.

**APÊNDICE A – TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PARA FINANCIAMENTO DO
CBAF NO ÂMBITO DA PNAISP, POR MUNICÍPIO, NO ANO DE 2022.**

Município	População Prisional (n)	Valor do Repasse (R\$)
Arroio dos Ratos	652	11.559,96
Cacequi	51	904,23
Cachoeira do Sul	233	4.131,09
Candelária	70	1.241,10
Canela	217	3.847,41
Canguçu	72	1.276,56
Canoas	2669	47.321,37
Caxias do Sul	1673	29.662,29
Cerro Largo	74	1.312,02
Charqueadas	4378	77.621,94
Cruz Alta	221	3.918,33
Dom Pedrito	190	3.368,70
Erechim	468	8.297,64
Espumoso	85	1.507,05
Frederico Westphalen	201	3.563,73
Getúlio Vargas	144	2.553,12
Guaporé	161	2.854,53
Ijuí	819	14.520,87
Iraí	64	1.134,72
Itaqui	86	1.524,78
Júlio de Castilhos	71	1.258,83
Lajeado	320	5.673,60
Montenegro	1789	31.718,97
Osório	1562	27.694,26
Palmeira das Missões	153	2.712,69
Pelotas	640	11.347,20
Porto Alegre	4757	84.341,61
Rio Grande	669	11.861,37
Santa Cruz do Sul	335	5.939,55
Santa Rosa	411	7.287,03

Santa Vitória do Palmar	95	1.684,35
Santana do Livramento	219	3.882,87
Santiago	173	3.067,29
Santo Ângelo	346	6.134,58
Santo Cristo	67	1.187,91
São Borja	317	5.620,41
São Gabriel	247	4.379,31
São Luiz Gonzaga	284	5.035,32
São Sepé	86	1.524,78
São Vicente do Sul	34	602,82
Sobradinho	162	2.872,26
Três Passos	282	4.999,86
Venâncio Aires	511	9.060,03
Total	26.058	R\$ 447.576,12

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2022.

APÊNDICE B – DELEGACIAS PENITENCIÁRIAS REGIONAIS DO ESTADO DO RS

Delegacia Regional	Município Sede	Estabelecimentos Penais	Capacidade de engenharia	População carcerária (1º trimestre de 2023)
1ª DPR Vale dos Sinos e Litoral	Canoas	Instituto Penal de Canoas	109	88
		Instituto Penal de Montenegro	30	82
		Instituto Penal de Novo Hamburgo	239	258
		Instituto Penal de São Leopoldo	166	183
		Penitenciária Estadual de Canoas (PECAN I)	581	369
		Penitenciária Estadual de Canoas (PECAN II)	817	
		Penitenciária Estadual de Canoas (PECAN III)	805	2247
		Penitenciária Estadual de Canoas (PECAN IV)	793	
		Penitenciária Estadual de Sapucaia do Sul	600	551
		Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro	976	1784
		Penitenciária Modulada Estadual de Osório	650	1543
		Presídio Estadual de Taquara	138	229
Presídio Estadual Feminino de Torres	100	81		
2ª DPR Região Central	Santa Maria	Instituto Penal de Santa Maria	156	90
		Penitenciária Estadual de Santa Maria	766	920

		Presídio Estadual de Agudo	59	56
		Presídio Estadual de Caçapava do Sul	58	86
		Presídio Estadual de Cacequi	36	42
		Presídio Estadual de Jaguari	66	73
		Presídio Estadual de Júlio de Castilhos	80	97
		Presídio Estadual de Santiago	207	228
		Presídio Estadual de São Francisco de Assis	54	81
		Presídio Estadual de São Sepé	64	80
		Presídio Estadual de São Vicente do Sul	45	27
		Presídio Regional de Santa Maria	258	282
<hr/>				
3ª DPR - Missões e Noroeste	Santo Ângelo	Instituto Penal de Ijuí	52	129
		Instituto Penal de Santo Ângelo	111	136
		Penitenciária Modulada de Ijuí	466	702
		Presídio Estadual de Cerro Largo	48	92
		Presídio Estadual de Cruz Alta	148	218
		Presídio Estadual de Santa Rosa	288	423
		Presídio Estadual de Santo Cristo	60	77
		Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga	162	373

		Presídio Estadual de Três Passos	114	260
		Presídio Regional de Santo Ângelo	167	298
4ª DPR - Alto Uruguai	Passo Fundo	Instituto Penal de Passo Fundo	140	115
		Presídio Estadual de Carazinho	196	215
		Presídio Estadual de Erechim	239	433
		Presídio Estadual de Espumoso	80	94
		Presídio Estadual de Frederico Westphalen	146	190
		Presídio Estadual de Getúlio Vargas	56	170
		Presídio Estadual de Iraí	90	79
		Presídio Estadual de Lagoa Vermelha	94	229
		Presídio Estadual de Palmeira das Missões	156	173
		Presídio Estadual de Sarandi	178	173
		Presídio Estadual de Soledade	182	233
		Presídio Regional de Passo Fundo	307	642
5ª DPR – Sul	Pelotas	Penitenciária Estadual de Rio Grande	448	780
		Presídio Estadual de Camaquã	246	388
		Presídio Estadual de Canguçu	60	72
		Presídio Estadual de Jaguarão	52	98
		Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar	48	92

		Presídio Regional de Pelotas	472	763
6ª DPR – Campanha	Santana do Livramento	Instituto Penal de Bagé	108	116
		Instituto Penal de Uruguaiana	152	77
		Penitenciária Estadual de Santana do Livramento	152	154
		Penitenciária Modulada Estadual de Uruguaiana	360	592
		Presídio Estadual de Alegrete	81	110
		Presídio Estadual de Dom Pedrito	167	196
		Presídio Estadual de Itaqui	130	116
		Presídio Estadual de Lavras do Sul	65	40
		Presídio Estadual de Quaraí	32	64
		Presídio Estadual de Rosário do Sul	88	182
		Presídio Estadual de São Borja	234	321
		Presídio Estadual de São Gabriel	160	274
		Presídio Regional de Bagé	336	634
7ª DPR - Serra	Caxias do Sul	Penitenciária Estadual de Bento Gonçalves	420	365
		Penitenciária Estadual de Caxias do Sul	432	970
		Presídio Estadual de Canela	120	157
		Presídio Estadual de Guaporé	89	114

		Presídio Estadual de Nova Prata	58	132
		Presídio Estadual de São Francisco de Paula	70	119
		Presídio Estadual de Vacaria	104	276
		Presídio Regional de Caxias do Sul	298	496
<hr/>				
8ª DPR - Vale do Rio Pardo	Santa Cruz do Sul	Penitenciária Estadual de Venâncio Aires	529	599
		Presídio Estadual de Arroio do Meio	26	55
		Presídio Estadual de Cachoeira do Sul	116	194
		Presídio Estadual de Candelária	91	84
		Presídio Estadual de Encantado	81	96
		Presídio Estadual de Encruzilhada do Sul	38	70
		Presídio Estadual de Lajeado	254	348
		Presídio Estadual de Sobradinho	130	164
		Presídio Estadual Feminino de Lajeado	64	34
		Presídio Feminino Estadual de Rio Pardo	74	44
		Presídio Regional de Santa Cruz do Sul	214	284
<hr/>				
9ª DPR - Carbonífera	Charqueadas	Colônia Penal Agrícola – Charqueadas	244	165
		Instituto Penal de Charqueadas	200	148

		Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas	288	202
		Penitenciária Estadual de Arroio dos Ratos	672	762
		Penitenciária Estadual de Charqueadas	336	614
		Penitenciária Estadual do Jacuí – Charqueadas	1530	2149
		Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas	976	1582
		Presídio Estadual de São Jerônimo	50	30
10ª DPR - Porto Alegre	Porto Alegre	Cadeia Pública de Porto Alegre	1824	1553
		Patronato Lima Drummond	76	73
		Penitenciária Estadual de Porto Alegre	610	651
		Presídio Estadual Feminino Madre Pelletier	239	219
		Instituto Penal Feminino de Porto Alegre	96	65
		Instituto Penal Irmão Miguel Dario	168	107
		Instituto Penal de Gravataí	60	60
		Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba	432	312

Fonte: Adaptado de RIO GRANDE DO SUL, 2023b.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NAS UPs

Caracterização da Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul



1. Ao assinalar a opção “Concordo”, você declara que compreendeu o teor da pesquisa, seus objetivos e como esta será conduzida através das explicações constantes no TCLE, concordando de livre e espontânea vontade em participar de forma voluntária.

- Concordo
- Não concordo (Pular para Agradecemos sua atenção e participação!)

Informações do Profissional envolvido diretamente na organização/execução das atividades de AF

2. Formação Acadêmica

- Ensino Médio (Pular para a pergunta 4)
- Ensino Técnico (Enfermagem) (Pular para a pergunta 4)
- Ensino Superior Incompleto (Pular para a pergunta 3)
- Ensino Superior Completo (Pular para a pergunta 3)
- Pós-Graduação (Pular para a pergunta 3)

3. Especifique qual sua área de Formação e/ou Pós Graduação
Especifique qual sua área de Formação (Ex: Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço social, etc)

4. Qual seu cargo/função e vínculo na unidade prisional?
Especifique qual seu Cargo/Função. Descreva se você é um profissional concursado ou contratado da SUSEPE ou se é profissional da saúde vinculado ao Município onde a unidade prisional se encontra.

5. Há quanto tempo você está diretamente envolvido na organização/execução das atividades de Assistência Farmacêutica (AF) na unidade prisional?

 ▼

Informações da Unidade Prisional

6. A Unidade Prisional pertence a qual Delegacia Penitenciária Regional (DPR)?

- 1ª DPR - Vale dos Sinos e Litoral
- 2ª DPR - Região Central
- 3ª DPR - Missões e Noroeste
- 4ª DPR - Alto Uruguai
- 5ª DPR – Sul
- 6ª DPR – Campanha
- 7ª DPR – Serra
- 8ª DPR - Vale do Rio Pardo
- 9ª DPR - Carbonífera
- 10ª DPR - Porto Alegre

7. Número total de presos na Unidade Prisional:

8. A Unidade Prisional possui Unidade Básica (UBSp) de Saúde Prisional formalmente instalada?

- Sim (Pular para a pergunta 9)
- Não (Pular para a pergunta 11)

9. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) instituída?

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é basicamente um grupo multiprofissional (pode ser formada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros profissionais) que tem como principal atribuição a seleção dos medicamentos essenciais do serviço de saúde onde está inserida. Além disso, também é responsável por elaborar e atualizar a lista de medicamentos e os protocolos de uso de medicamentos.

- Sim
- Não
- Não sei

10. Existe Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde?

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é um documento de caráter técnico que tem como objetivo orientar qual o gerenciamento e destinação correta dos resíduos resultados dos serviços em saúde (ex: materiais perfuro-cortantes - como, agulhas, ampolas de vidro, lancetas - medicamentos, entre outros).

- Sim
- Não
- Não sei

11. A Unidade Prisional possui Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) habilitada?

- Sim (Pular para a pergunta 12)
- Não (Pular para a pergunta 13)

12. Tipo de Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) habilitada na unidade prisional:

- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP I)
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP II)
- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP III)
- Outro: _____

13. Em relação a estrutura disponível na Unidade Prisional, existe sala/espço físico destinado à Farmácia ou somente um local de guarda de medicamentos?

Selecione a opção mais condizente com a realidade da Unidade Prisional: se a sala/espço físico destinado a Farmácia é exclusivo ou compartilhado com outras atividades de saúde (ex: compartilhado com sala de Enfermagem; Sala de curativos; Outros) ou, ainda, se não há sala/espço destinado à Farmácia, mas somente um local de guarda dos medicamentos em algum setor da Unidade Prisional.

- Possui sala/espço físico exclusivo destinado à Farmácia. (Pular para a pergunta 14)
- Possui sala/espço físico destinado à Farmácia, mas é compartilhado. (Pular para a pergunta 15)
- Possui somente um local de guarda de medicamentos (armário/prateleira). (Pular para a pergunta 15)

14. Espaço e estrutura da Farmácia

Pode ser assinalada mais de uma opção, conforme melhor corresponda ao espaço/ambiente que existe na unidade prisional.

- Espaço(s)/ambiente(s) separados para o armazenamento e a dispensação/entrega de medicamentos
- Espaço(s)/ambiente(s) compartilhado(s) para o armazenamento e a dispensação/entrega de medicamentos
- Possui somente armário(s) para armazenamento dos medicamentos
- Possui prateleira(s) e armário(s) para o armazenamento dos medicamentos
- Possui Mesa(s) e cadeira(s) para atendimento e dispensação/entrega de medicamentos aos usuários

15. A Assistência Farmacêutica consta no organograma da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE)?

Considerar a existência de Setor; Departamento ou Divisão de Assistência Farmacêutica no organograma.

- Sim
- Não
- Não sei

16. Existe um fluxo/rotina de trabalho formalmente estabelecido com definição de como as tarefas são distribuídas e organizadas a fim de que as ações de Assistência Farmacêutica sejam efetivadas na Unidade Prisional?

- Sim
- Não
- Não sei

17. Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica na Unidade Prisional?

Não considerar o INFOPEN. Considere sistema informatizado para gestão da AF aquele que possibilita o registro digital das atividades referentes aos medicamentos (solicitação de medicamentos, recebimento, estoque, dispensação/entrega, entre outros).

- Sim (Pular para a pergunta 18)
- Não (Pular para a pergunta 19)

18. Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado?

- Aquisição
- Recebimento e/ou aceite de nota

- Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, validade, etc.)
- Dispensação/Entrega de medicamentos aos usuários
- Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.)
- Prontuário do paciente

19. Para qual(is) atividade(s) existe Procedimento(s) Operacional(is) Padrão (POPs):
O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que informa como determinada atividade deve ser executada. Basicamente o POP traz em seu conteúdo a descrição de todas as atividades e como elas devem realizadas, passo a passo, como uma espécie de manual de instruções.

- Seleção de medicamentos
- Programação de medicamentos
- Aquisição de medicamentos
- Recebimento de medicamentos
- Armazenamento geral de medicamentos
- Armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial ("controlados")
- Armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura (termolábeis)
Dispensação e/ou entrega de medicamentos aos usuários
- Descarte de medicamentos
- Devolução de medicamentos (devido a trocas na entrega, vencimento, avarias, outros) Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários
- Não existem POPs

20. Existe Lista Padronizada de medicamentos atualizada e disponível para consulta na unidade prisional? (Considerar RENAME, RESME, REMUME)

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é basicamente uma lista padronizada de medicamentos disponibilizados pelo SUS que permite o tratamento de condições clínicas/doenças mais prevalentes na população. Essa lista serve para racionalizar o uso dos medicamentos, além de também ser referência para Estados e Municípios, a fim de elaborar suas próprias relações adequando às necessidades da população local. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME); Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

- Sim
- Não
- Não sei

21. A diversidade (tipos) de medicamentos disponíveis na Unidade Prisional, é adequada para atender à demanda?

- Sim
- Parcialmente
- Não

22. A quantidade de medicamentos disponíveis na Unidade Prisional, é suficiente para atender a demanda em tempo oportuno?

- Sim
- Parcialmente
- Não

23. Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento de medicamentos na Unidade Prisional no último ano?

- Falhas na programação de medicamentos pelo órgão responsável (Município ou Estado)
- Falhas na distribuição dos medicamentos
- Falha na organização de programação/solicitação de medicamentos na Unidade Prisional
- Problemas no mercado farmacêutico
- Recursos financeiros insuficientes
- Não houve desabastecimento no último ano

24. O que é feito quando falta medicamento no estoque?

- Ajuste na programação
- Aguarda a nova remessa
- Remanejo entre unidades prisionais
- Negocia empréstimo com parceiros externos
- É solicitado aos familiares dos detentos
- Outro: _____

25. Os pedidos de medicamentos são feitos com qual periodicidade?

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro: _____

26. Há um limite de pedidos de medicamentos por período? (Ex: 2 pedidos por mês)

- Sim
- Não
- Não sei

27. Qual a periodicidade de recebimento dos medicamentos?

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro: _____

28. Assinale as alternativas disponíveis na Unidade Prisional para garantia das condições adequadas de armazenamento dos medicamentos?

- Climatização (Ar-condicionado)
- Termômetro digital
- Refrigerador próprio para armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura (termolábeis)
- Armário com chave para armazenamento dos psicotrópicos (medicamentos "controlados")

29. Assinale as condições de armazenamento de medicamentos que são monitoradas?

- Temperatura
- Umidade
- Limpeza
- Controle de pragas (insetos, roedores, outros)
- Não é feito monitoramento das condições de armazenamento dos medicamentos

30. Como é feito o armazenamento dos medicamentos psicotrópicos?

- Em armário com chave, sob responsabilidade de um profissional da equipe da Unidade Prisional.
- Em prateleira ou armário, de acesso livre a todos trabalhadores da Unidade Prisional.

31. O armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura (termolábeis) é feito em local adequado?

Os medicamentos termolábeis, requerem armazenamento sob refrigeração entre 2°C e 8°C (ex: insulina). Este armazenamento deve ser realizado em refrigeradores apropriados, de uso exclusivo para a guarda de medicamentos, não sendo permitido guardar alimentos ou qualquer outro produto, inclusive na porta.

- Sim. Os medicamentos termolábeis são armazenados em refrigerador exclusivo para a guarda dos medicamentos.
- Não. Os medicamentos termolábeis não são armazenados sob refrigeração e/ou são armazenados em refrigerador compartilhado para outras finalidades além da guarda de medicamentos.
- Não se aplica. Não há medicamentos termolábeis na Unidade Prisional.

32. É feito o controle da validade dos medicamentos?

- Sim
- Não
- Não sei

33. É feito inventário (balanço) dos medicamentos?

- Sim, de todos os medicamentos (Pular para a pergunta 34)
- Sim, mas somente dos medicamentos psicotrópicos ("controlados").
(Pular para a pergunta 34)
- Não (Pular para a pergunta 35)

34. Qual a periodicidade que é realizado o inventário (balanço) dos medicamentos armazenados?

- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Anualmente
- Outro: _____

35. O que é feito na Unidade Prisional com os medicamentos inadequados para uso (ex: vencidos, sobras de tratamentos, fora de conformidade)?

- Os medicamentos inadequados para uso são separados e descartados no lixo comum.
- Os medicamentos inadequados para uso são separados em local específico até que sejam recolhidos para o descarte adequado de resíduos de serviços de saúde.

- Os medicamentos inadequados para uso são separados e encaminhados para descarte em unidade de saúde do município.
- Não é feito controle, separação ou descarte dos medicamentos inadequados para uso.

36. A Unidade Prisional conta com a presença de Farmacêutico ou com suporte de Farmacêutico (da SUSEPE ou do Município)?

Considerar o suporte do Farmacêutico como possibilidades de contato (via e-mail, telefone, mensagem, outros) para sanar dúvidas relacionadas à AF (sobre medicamentos, tratamento, orientações gerais, outros).

- Sim, presença do Farmacêutico
- Sim, suporte do Farmacêutico
- Não

37. Na Unidade Prisional a dispensação/entrega de medicamentos aos detentos é feita geralmente por qual profissional?

Considere quem faz a dispensação/entrega de medicamentos mais frequentemente aos detentos na Unidade Prisional. Caso seja feito mais frequentemente por outro profissional que não esteja nas opções listadas ou por um detento ("líder de galeria") especifique.

- Técnico em Enfermagem
- Enfermeiro
- Psicólogo
- Assistente Social
- Farmacêutico
- Agente Penitenciário
- Agente Penitenciário Administrativo
- Outro: _____

38. Como é registrada a dispensação/entrega de medicamentos aos usuários?

- Manualmente
- Sistema informatizado (Infopen ou Outros)
- Não há sistema de registro

39. É fornecido algum tipo de orientação ao detento no momento da dispensação/entrega do medicamento?

- Sempre
- Quase sempre
- As vezes

- Raramente
- Nunca
40. Em relação aos medicamentos de uso contínuo (para hipertensão, diabetes, outros) e para o tratamento de doenças infectocontagiosas (HIV, Tuberculose, Hepatites), qual a periodicidade da entrega/dispensação aos detentos?
- Detentos recebem os medicamentos semanalmente
- Detentos recebem os medicamentos quinzenalmente
- Detentos recebem os medicamentos mensalmente
- Outro: _____
41. Os detentos que utilizam medicamentos de uso contínuo ou estão em tratamento para doenças infectocontagiosas recebem algum acompanhamento do tratamento (considerar: adesão ao tratamento, acompanhamento da resposta à terapia)?
- Sim. É feito acompanhamento do tratamento tanto dos detentos que utilizam medicamentos de uso contínuo quanto daqueles que estão em tratamento de doenças infectocontagiosas
- Sim. É feito acompanhamento, mas somente dos detentos que estão em tratamento de doenças infectocontagiosas
- Não recebem acompanhamento
- Outro: _____
42. Em relação aos medicamentos psicotrópicos ("controlados"), qual a periodicidade da entrega/dispensação aos detentos?
- Detentos recebem os medicamentos semanalmente
- Detentos recebem os medicamentos quinzenalmente
- Detentos recebem os medicamentos mensalmente.
- Outro: _____
43. Os detentos que utilizam medicamentos psicotrópicos recebem algum acompanhamento/controle do tratamento? (considerar: adesão ao tratamento, uso abusivo, acompanhamento da resposta à terapia)
- Sim
- Não
44. Os prescritores (médicos) recebem informações sobre a disponibilidade de medicamentos na Unidade Prisional?
- Sim
- Não

- Não sei
- Não se aplica - Não ocorre prescrição de medicamentos na Unidade Prisional

45. Ocorre fracionamento de medicamentos?

Fracionamento de medicamentos se refere a subdivisão da embalagem (cartela) de um medicamento em partes individualizadas.

- Sim
- Não

46. Houve investimentos em infraestrutura de serviços de AF, nos últimos anos?

(Considerar: Reforma ou ampliação da área destinada a Farmácia ou unidade dispensadora de medicamentos; Programas de capacitação de recursos humanos; Informatização; Aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF)

- Sim
- Não

47. Existe algum monitoramento dos dados da Assistência Farmacêutica prisional para o planejamento das ações de AF na Unidade Prisional?

- Sim
- Não
- Não sei

48. Existe, algum tipo de qualificação e/ou capacitação dos profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica da Unidade Prisional?

- Sim (Pular para a pergunta 49)
- Não (Pular para a pergunta 50)

49. Com que frequência ocorre(m) a(s) capacitação(ões) relacionada(s) à AF?

Considere: Sempre = mensalmente durante todo o ano; As vezes = no mínimo 6 capacitações durante o ano; Raramente: menos de 6 capacitações durante o ano.

- Sempre
- As vezes
- Raramente

50. Existe algum mecanismo disponibilizado pela SUSEPE para receber sugestões e críticas dos profissionais penitenciários ou da equipe de saúde prisional sobre a AF?

Considerar sugestões e críticas voltadas à operacionalização da Assistência Farmacêutica prisional.

- Sim
- Não
- Não sei

51. A AF é envolvida e/ou participa ativamente de ações, programas ou atividades relacionadas à saúde da população privada de liberdade?

- Sim
- Não

52. Os gestores da saúde prisional tomam conhecimento das rotinas e atividades desenvolvidas/executadas no que se refere a AF na Unidade Prisional? (Considerar relatórios, reuniões, prestação de contas)

- Sim
- Não
- Não sei

Agradecemos sua atenção e participação!

APÊNCICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“Caracterização da Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul”**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGASFAR-UFRGS). Esta pesquisa está sendo desenvolvida sob responsabilidade da pesquisadora Michele Berger Ferreira, discente do PPGASFAR-UFRGS, sob orientação da Prof. Dr^a Isabela Heineck (PPGASFAR-UFRGS) e coorientação da Prof. Dr^a Lia Gonçalves Possuelo vinculada ao Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGPS-UNISC). A finalidade da pesquisa é investigar como encontra-se caracterizada a Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, em termos de organização e infraestrutura à nível de Atenção Primária à Saúde.

Sua participação é possível, pois você atende ao critério de inclusão previsto na pesquisa, o qual é: ser profissional diretamente envolvido na organização/execução das atividades da AF em uma das unidades prisionais que integram as 10 Delegacias Regionais Penitenciárias do RS. Ao participar deste estudo você será convidado a preencher um questionário on-line que abrangerá questões relacionadas a gestão, estrutura, organização, processos e qualificação da AF. As respostas devem refletir apenas a sua própria percepção quanto as questões referidas, considerando a realidade do cotidiano no desenvolvimento das atividades de AF.

Destacamos que é garantido ao participante da pesquisa o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa, assim como a liberdade de se recusar a participar ou desistir de participar, retirando seu consentimento, em qualquer momento que decida, sem nenhum prejuízo.

Os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Nessa condição, os riscos relacionados com sua participação são mínimos,

sendo possível que alguns desconfortos aconteçam, como devido ao cansaço físico, disponibilidade e tempo despendido para o preenchimento do questionário. Alguns participantes poderão se sentir constrangidos e/ou ter dificuldades para preencher o questionário por não terem amplo conhecimento sobre dados solicitados e/ou disponibilidade de internet na unidade prisional. Os desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados através da dilatação do período para responder ao questionário, bem como da disponibilidade da pesquisadora para auxiliar em possíveis dúvidas que possam ser sanadas. Em relação aos riscos de quebra de sigilo e confidencialidade, salientamos a adoção de medidas para evitá-los, de maneira que não haverá nenhuma identificação nominal no questionário ou no banco de dados. Asseguramos que somente os pesquisadores terão acesso as informações e será adotada uma codificação no banco de dados, bem como garantimos a não utilização das informações em prejuízo dos voluntários participantes do estudo.

Em virtude de o presente estudo ocorrer em ambiente virtual, destacamos que tal meio possui benefícios como a flexibilidade em participar da pesquisa no período/turno do dia que o participante julgar mais oportuno, além da dispensa do contato em ambiente físico com o entrevistador com necessidade de horário agendado. Por outro lado, também salientamos que há possíveis riscos relacionados à segurança, violação e vazamento dos dados e as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade. Contudo, enfatizamos que para minimizar tal possibilidade, logo que for concluída a coleta de dados a pesquisadora fará o download destes para um dispositivo eletrônico físico, de forma que todos os dados serão deletados da plataforma digital.

Sua participação na pesquisa trará benefícios, considerando que os dados obtidos poderão proporcionar conhecimentos científicos e subsídios teóricos no que se refere a atual organização e infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do RS. Deste modo, será possível obter um panorama da realidade encontrada neste eixo da atenção à saúde prisional, além de proporcionar à gestão reconhecer e elencar prioridades para o aprimoramento e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito prisional.

A coleta das informações será realizada somente e obrigatoriamente após o participante assinalar que concorda em participar da pesquisa de forma espontânea e voluntária. Desse modo, só terá acesso ao conteúdo integral da pesquisa após marcar a opção “concordo”, na qual declara que compreendeu o teor da pesquisa, os objetivos

e sua condução, através das explicações constantes nesse TCLE, concordando de livre e espontânea vontade em participar de forma voluntária. Além disso, é disponibilizado ao participante realizar o download de uma cópia virtual do TCLE, sendo importante o arquivamento em seus documentos.

Em atenção aos procedimentos da pesquisa, a qual ocorre em ambiente virtual, informamos que será respeitada a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. As informações obtidas pela pesquisa serão confidenciais, sendo garantido o sigilo sobre sua participação, ou seja, não haverá registro de e-mail, nome ou qualquer outra forma de identificação do participante no preenchimento do questionário.

Os resultados obtidos pela pesquisa serão utilizados somente em eventos ou publicações científicas, não havendo qualquer identificação dos participantes. Os dados coletados através do questionário eletrônico, serão salvos e armazenados em arquivos digitais em um disco rígido (HD), sob a responsabilidade da pesquisadora. Ainda esclarecemos que após o preenchimento do questionário e envio das respostas, pelo fato de não ser feita qualquer identificação do participante, não há como excluir os dados da pesquisa.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa de qualquer natureza. Ressaltamos que a anuência através do TCLE em participar da pesquisa, não exclui a possibilidade de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da participação no presente estudo. Além disso, ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados, os quais serão divulgados aos responsáveis pela gestão e políticas de saúde prisional do Estado.

Na ocorrência de qualquer dúvida ou outro esclarecimento em relação à pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento, você pode contatar as pesquisadoras: Michele Berger Ferreira - telefone (51) 998714999/ e-mail: micheleberger@hotmail.com; Isabela Heineck – e-mail: isabelah@farmacia.ufrgs.br; Lia Gonçalves Possuelo – e-mail: liapossuelo@unisc.br.

Esse estudo teve o projeto avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 5.260.815 e nº 5.469.526, respectivamente. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e

metodológicos. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, localizado na Rua Paulo Gama, 110 – Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS – CEP: 90040-060. Telefone (51) 3308-3738 – E-mail: etica@propesq.ufrgs.br. Horário de funcionamento: de segunda à sexta, no turno da manhã: 8h 30min às 12h 30min e no turno da tarde: 13h 30min às 17h 30min. Assim como, com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), localizado na Avenida Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - Porto Alegre/RS – CEP: 90610-001. Telefone (51) 3901-1532 - E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br. Horário de funcionamento: das 9h às 17h30.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação.

Registro de Consentimento do participante

Ao assinalar a opção “Concordo”, você declara que compreendeu o teor da pesquisa, seus objetivos e como esta será conduzida, através das explicações constantes no TCLE, concordando de livre e espontânea vontade em participar de forma voluntária.

Concordo

Não concordo

ANEXO A – Autorização da Superintendência dos Serviços Penitenciários



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE JUSTIÇA E SISTEMAS PENAL E SOCIOEDUCATIVO
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Declaramos que, a Escola do Serviço Penitenciário através do Comitê de Ética em Pesquisa no Sistema Penitenciário do RS, autoriza o(a) Pesquisador(a) **Michele Berger Ferreira** a realizar a pesquisa intitulada **Caracterização da assistência farmacêutica no sistema prisional do RS** junto ao Sistema Prisional do RS.

O Projeto de Pesquisa está vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS no Curso de Mestrado em Farmácia, sob a Orientação Acadêmica de Prof^ª. Dr^ª. Isabela Heineck e Coorientadora Prof^ª. Dr^ª. Lia Gonçalves Possuelo.

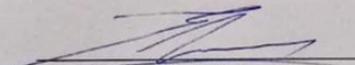
Para a realização da coleta de dados, é necessário que o(a) Pesquisador(a) apresente esta Declaração ao Responsável pelo(s) Local(is) acima mencionado(s), para conhecimento e agendamento prévio. Esta pesquisa será do tipo: () presencial/ (X) virtual.

Ressaltamos que, mesmo que a pesquisa tenha sido submetida a um processo de análise pelo CEPSP-RS relativo aos preceitos éticos, legais e funcionais da nossa Instituição. Fica a critério do(s) Responsável(is) pelo(s) Local(is) avaliar o momento quando da autorização de entrada e providências para recebimento do(a) pesquisador(a), através da organização do espaço, do efetivo funcional e da movimentação de apenados(as) para realização da pesquisa. Por sua vez, o(a) pesquisador(a) deverá respeitar, rigorosamente, os procedimentos de segurança estabelecidos pelo(s) Responsável(is) pelo(s) Local(is) em que ocorrerá a pesquisa.

Após conclusão do trabalho, o pesquisador o(a) Pesquisador(a) deverá encaminhar o mesmo para a Escola do Serviço Penitenciário, em forma digital.

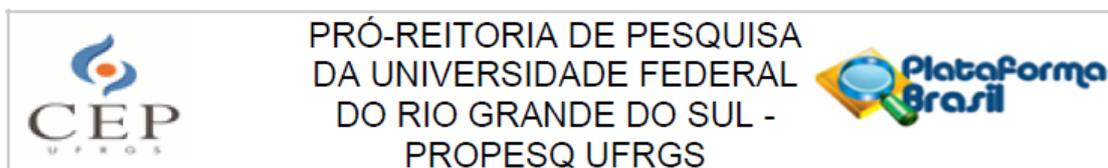
Porto Alegre, 16 de Dezembro de 2021.

Atenciosamente,


Ebersson Trindade Rodrigues
Diretor ESP

Av. Antônio de Carvalho, 555, Jardim Carvalho, Porto Alegre/RS – CEP 91430-001
Fone: (51) 3288-7313 / E-mail: esp-pesquisa@susepe.rs.gov.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Isabela Heineck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55361522.4.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.260.815

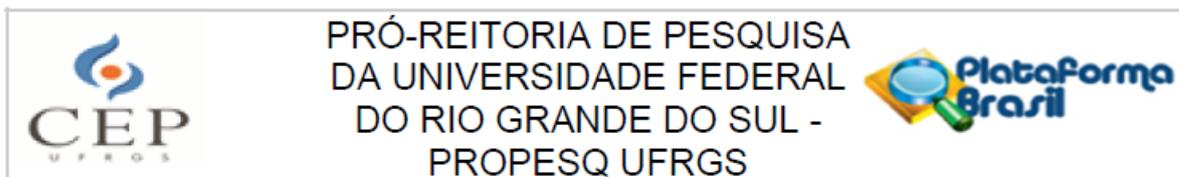
Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Isabela Heineck, intitulado "CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL" que pretende "Caracterizar a Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, em termos de organização e infraestrutura do Componente Básico (CBAF), conforme as diferentes configurações de pactuação à PNAISP."

Como hipótese, os pesquisadores informam que "H1: O sistema prisional do RS possui implementada, a AF com organização e infraestrutura adequadas, conforme preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde. H2: O sistema prisional do RS possui implementada a AF com organização e infraestrutura parcialmente adequadas, conforme preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde. H3: O sistema prisional do RS não possui implementada a AF adequada em termos de organização e infraestrutura, conforme preconizado pelas Políticas Públicas de Saúde."

Foi apresentada uma fundamentação teórica bem estruturada, considerando aspectos relativos a assistência farmacêutica, política nacional de medicamentos e atenção primária à saúde no sistema prisional.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

Trata-se de projeto de pesquisa no âmbito do PPG-AF da UFRGS.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivos gerais, os pesquisadores informam que "Caracterizar a Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, em termos de organização e infraestrutura do Componente Básico (CBAF), conforme as diferentes configurações de pactuação à PNAISP.

Como objetivos específicos são apresentados:

- Realizar levantamento e descrição da organização da AF conforme a configuração de atenção à saúde pactuada nas unidades prisionais (Estadual ou Municipal);
- Avaliar a infraestrutura e organização da AF nas unidades prisionais;
- Elaborar/Propor uma ação que contribua para o aprimoramento da AF no sistema prisional, conforme os resultados identificados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

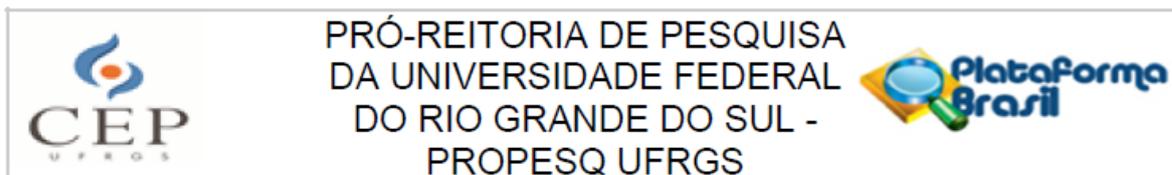
Como riscos, os pesquisadores informam que "Os riscos relacionados à participação na pesquisa são baixos, sendo possível que alguns desconfortos aconteçam, como devido ao cansaço físico e disponibilidade de tempo para o preenchimento do questionário. Alguns participantes poderão se sentir constrangidos e/ou ter dificuldades para preencher o questionário por não terem amplo conhecimento sobre dados solicitados e/ou disponibilidade de internet na unidade prisional. Os desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados através da dilatação do período para responder ao questionário, bem como da disponibilidade do pesquisador para auxiliar em possíveis dúvidas que possam ser sanadas."

Como benefícios, os pesquisadores relatam que "A participação na pesquisa trará benefícios como a possibilidade de caracterizar a atual organização e infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do RS, possibilitando obter um panorama da realidade encontrada neste eixo da atenção à saúde prisional, além de proporcionar à gestão reconhecer e elencar prioridades para o aprimoramento e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito prisional."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme os pesquisadores, "será realizado um estudo de caráter exploratório-descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativa".

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

Informam que o projeto será desenvolvido no âmbito das 10 Delegacias Penitenciárias Regionais (APÊNDICE B), compreendendo 102 estabelecimentos prisionais em atividade.

Destacam que trata-se de projeto em parceria com a Prof. Lia Gonçalves Possuelo, vinculada à Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) que se encontra cadastrada na PB, bem como a instituição está cadastrada como coparticipe.

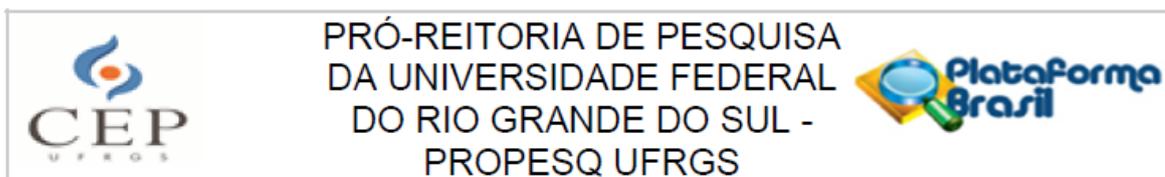
Os pesquisadores destacam que: “a caracterização da organização e estruturação da AF será realizada sobre 2 pilares, a AF prisional estadual sob gestão da SUSEPE e a AF nas unidades prisionais. Assim, será realizada a aplicação de um questionário semiestruturado, dirigido ao responsável estadual pela AF no sistema prisional do RS (APÊNDICE C). Também será aplicado um questionário semiestruturado, destinado ao profissional diretamente envolvido na organização/execução das atividades de AF de cada unidade prisional, podendo este ser integrante da equipe de saúde prisional ou não (APÊNDICE D).”

No apêndice D, é necessário remover a informação de município e unidade prisional de modo a não identificar o participante.

Na segunda versão informaram que “foi realizada a remoção da informação de município e unidade prisional de modo a não identificar o participante, sendo o cabeçalho substituído pela indicação a qual Delegacia Penitenciária Regional (DPR) a Unidade Prisional pertence. Tal informação é relevante para que as pesquisadoras possam mensurar a participação das unidades prisionais por região, considerando as 10 DPR, e também discutir a respeito da homogeneidade e representatividade dos resultados para a caracterização da AF prisional do RS.” (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Ambos os questionários estão adequadamente redigidos. Informam que os questionários serão preenchidos de maneira virtual pela Plataforma Google Forms. Em relação a pesquisas que envolvem o virtual, solicita-se leitura do documento OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS "Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual" publicadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 24 de fevereiro de 2021 (http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

Informam que "serão enviados por e-mail, os quais serão solicitados à SUSEPE. Serão realizadas até 3 tentativas de contato, de modo a fomentar a taxa de resposta à pesquisa. Além disso, também será feito contato prévio, através de telefone e/ou email, com a coordenação técnica de cada Delegacia Penitenciária Regional para informar sobre a realização do estudo e sua importância, a fim de promover maior participação das unidades prisionais de cada região.

Em relação ao parágrafo anterior:

- Esclarece-se que a SUSEPE não pode enviar o e-mail dos participantes, a menos que estes sejam de domínio público. Esta deverá remeter o convite (incluir o texto para convite) para que os interessados acessem à pesquisa.

Informaram no retorno de pendência que "esclarecemos que o envio do convite para participar da pesquisa com link para acesso ao questionário será feito através dos e-mails disponibilizados no site da SUSEPE (link da página: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=7), no qual há listagem das 10 DPR com as respectivas Unidades Prisionais e com os dados de cada instituição disponíveis para contato." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

A ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL foi inserida como instituição coparticipe e um termo de concordância encontra-se anexado.

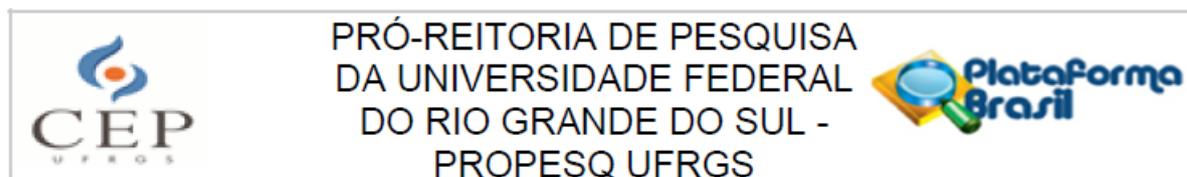
Não fica claro se a ESCOLA DO SERVIÇO PENITENCIÁRIO DO RIO GRANDE DO SUL dispões de CEP para análise. Caso não, solicita-se que a Escola de Saúde Pública também deverá ser inserida como instituição coparticipe na PB, embora se evidencie o cadastro do projeto no sistema de pesquisa do governo do estado (SES).

Na segunda versão esclareceram que "conforme questionado, esclarecemos que a Instituição não possui CEP. Assim, incluímos a Escola de Saúde Pública como coparticipante, conforme solicitado". (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Foram apresentados critérios de inclusão e exclusão.

Não fica claro no projeto de pesquisa o número amostral de 103 participantes apresentado na PB. Esclarecer.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

Adequado na segunda versão (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Foi apresentado cronograma com coleta de dados previsto para março/22.

Foi apresentado orçamento com responsabilidade do pesquisador principal.

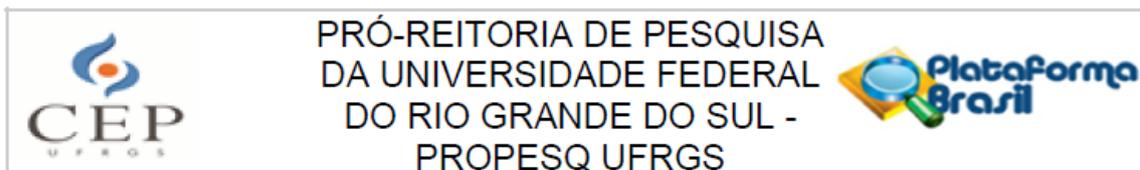
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada.

Em relação ao TCLE: (PENDÊNCIAS ATENDIDAS)

- informar que a assinatura do TCLE não exclui possibilidade do participante buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de participação na pesquisa, como preconiza a Resolução 466/12 - adequado
- inserir os dados CEP UFRGS: CEP UFRGS: Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3738 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, manhã: 8h 30m às 12h 30 e tarde: 13h 30m às 17h 30m. - adequado
- inserir a informação "O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição" - adequado
- informar que será respeitada a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018; - adequado
- Esclarecer que a coleta das informações será realizada apenas/e obrigatoriamente após consentimento do participante (em casos de aplicação de questionários, sugere-se que o TCLE seja uma pergunta de resposta obrigatória e que somente em caso de resposta positiva (por exemplo, "aceito participar") o participante terá acesso ao conteúdo integral. - adequado
- Garantir ao candidato a participante que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento sem prejuízo - adequado
- Esclarecer que o preenchimento do questionário é anônimo e que não haverá registro de e-mail, nome ou qualquer outra forma de identificação do participante - adequado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

- Esclarecer ao candidato a participante que nos casos em que não for possível a identificação das informações coletadas (por exemplo, após preenchimento de um questionário e envio das respostas), o pesquisador deverá esclarecer a impossibilidade de exclusão dos dados da pesquisa. Essa informação deve estar explícita durante o processo de registro / consentimento. - adequado
- Garantir ao participante de pesquisa o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento. - adequado
- Destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual (nesse caso, potencial de vazamento de dados). Devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação - adequado
- Esclarecer que para minimizar o risco de vazamento de dados, uma vez concluída a coleta de dados, será realizado download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todos os dados da plataforma digital - adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se em condições de aprovação, de acordo com os aspectos éticos (CNS Resolução 466/12).

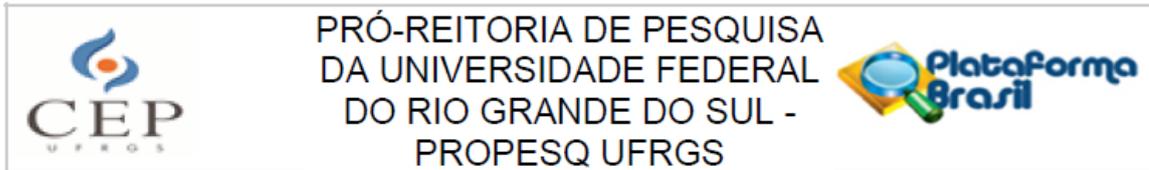
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874242.pdf	18/02/2022 11:19:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	18/02/2022 11:16:24	Michele Berger Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AF_no_sistema_prisional_do_RS.pdf	18/02/2022 11:15:50	Michele Berger Ferreira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado.pdf	18/02/2022 11:15:15	Michele Berger Ferreira	Aceito
Outros	Adequacoes_Parecer_CEP.pdf	18/02/2022 11:13:59	Michele Berger Ferreira	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.260.815

Outros	Cadastro_pesquisa_plataforma_SES_R S.pdf	27/01/2022 14:09:54	Michele Berger Ferreira	Aceito
Outros	SUSEPE.pdf	27/01/2022 14:08:24	Michele Berger Ferreira	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	27/01/2022 14:05:46	Michele Berger Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_ok.pdf	27/01/2022 13:47:57	Michele Berger Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

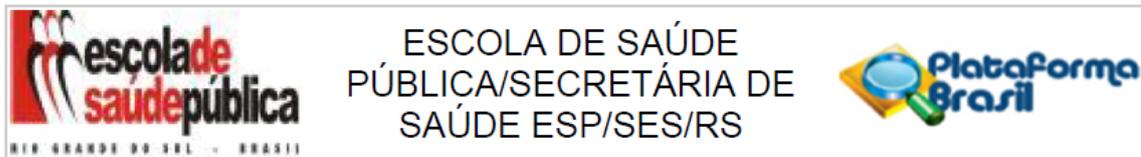
Não

PORTO ALEGRE, 24 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Patrícia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ESP/SES/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: Isabela Heineck

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 55361522.4.3001.5312

Instituição Proponente: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.469.526

Apresentação do Projeto:

Trata-se da terceira versão do projeto de pesquisa intitulado "Caracterização da assistência farmacêutica no sistema prisional do Rio Grande do Sul", requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica pela UFRGS, a ser realizado por Michele Berger Ferreira, sob orientação de Isabela Heineck e coorientação de Lia Gonçalves Possuelo.

O estudo será desenvolvido no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), especificamente na assistência farmacêutica da saúde prisional dos 102 estabelecimentos em atividade do Sistema Prisional do Estado.

Apresenta parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número do parecer: 5.260.815) e também declaração de autorização da Escola de Serviços Penitenciários através do Comitê de Ética em Pesquisa no Sistema Penitenciário do RS. O estudo terá financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

As pesquisadoras apresentam como objetivo geral da pesquisa:

"Caracterizar a Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do Rio Grande do Sul, em termos de

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

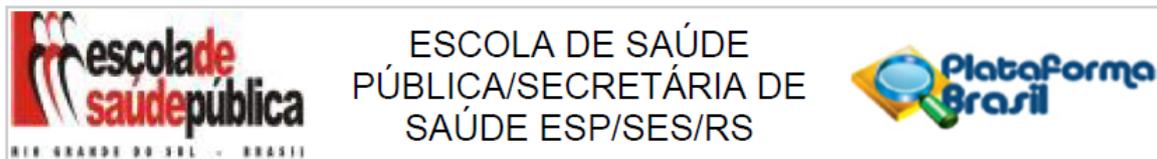
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

organização e infraestrutura do Componente Básico (CBAF), conforme as diferentes configurações de pactuação à PNAISP”.

E como objetivos secundários:

“- Realizar levantamento e descrição da organização da AF conforme a configuração de atenção à saúde pactuada nas unidades prisionais (Estadual ou Municipal);

- Avaliar a infraestrutura e organização da AF nas unidades prisionais;
- Elaborar/Propor uma ação que contribua para o aprimoramento da AF no sistema prisional, conforme os resultados identificados.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos – Quanto aos riscos, no Formulário de Informações Básicas, as pesquisadoras informaram: “Os riscos relacionados à participação na pesquisa são baixos, sendo possível que alguns desconfortos aconteçam, como devido ao cansaço físico e disponibilidade de tempo para o preenchimento do questionário. Alguns participantes poderão se sentir constrangidos e/ou ter dificuldades para preencher o questionário por não terem amplo conhecimento sobre dados solicitados e/ou disponibilidade de internet na unidade prisional. Os desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados através da dilatação do período para responder ao questionário, bem como da disponibilidade do pesquisador para auxiliar em possíveis dúvidas que possam ser sanadas. Também destacamos que em virtude de o presente estudo ocorrer em ambiente virtual, tal meio possui alguns riscos relacionados à segurança, violação e vazamento dos dados e as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade”.

Na versão 2 após pendências, foi solicitado às pesquisadoras, esclarecimento quanto ao número de profissionais que estariam aptos a responder o questionário destinado ao "profissional farmacêutico responsável estadual pela assistência farmacêutica do sistema prisional do RS", devido a possibilidade de identificação do participante. Em resposta, as pesquisadoras referiram que o quadro funcional de Farmacêuticos na SUSEPE é restrito, não sendo o quantitativo exato de profissionais conhecido pelas mesmas. E que, para preservar o anonimato e o sigilo, o questionário foi adequado para que possa ser dirigido tanto para o profissional Farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica (AF) prisional estadual quanto para algum Farmacêutico que atue na Farmácia Central da SUSEPE, ampliando as possibilidades de profissionais aptos a

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

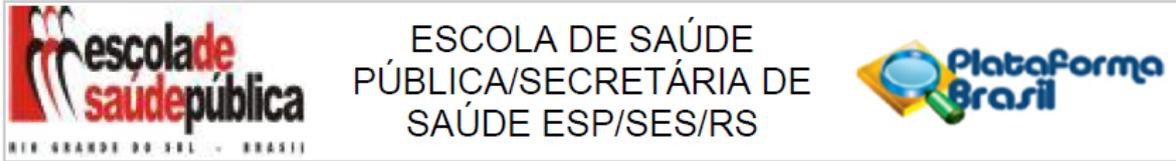
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: cepe-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

responderem o formulário. Também anunciaram a inclusão do seguinte trecho no TCLE: “Em relação aos riscos de quebra de sigilo e confidencialidade, salientamos a adoção de medidas para evitá-los, de maneira que não haverá nenhuma identificação nominal no questionário ou no banco de dados. Asseguramos que somente as pesquisadoras terão acesso as informações e será adotada uma codificação no banco de dados, bem como a garantia da não utilização das informações em prejuízo dos voluntários participantes do estudo”. Salientaram que consta neste termo que “o voluntário da pesquisa tem o direito de não responder a qualquer questão, sem necessidade de justificativa, assim como a liberdade de se recusar a participar ou desistir de participar, retirando seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo”. (PENDÊNCIA 1.1).

Apesar dos esforços e da preocupação das pesquisadoras em proteger o anonimato dos participantes, identificou-se a impossibilidade de garantir o anonimato considerando o número restrito de farmacêuticos aptos a responder o questionário destinado aos gestores. Em resposta, na versão 3, no item 6.5.1 do Projeto (Riscos e benefícios para os participantes do estudo), foi incluído pelas pesquisadoras, o seguinte trecho: “Contudo, apesar da adoção de tais medidas, ressaltamos as limitações dos pesquisadores em garantir o total anonimato do participante na condição de “Farmacêutico responsável estadual pela AF no sistema prisional do RS ou Farmacêutico atuante na Farmácia Central da SUSEPE”, considerando o quadro limitado de profissionais Farmacêuticos na Superintendência dos Serviços Penitenciários”. Este trecho foi também Incluído no TCLE. Além disso, os dados do CEP da ESP/RS foram inseridos no TCLE. (PENDÊNCIA 1.1.1).

Em 2ª versão, os riscos foram incluídos no projeto detalhado. (PENDÊNCIA 1.3). Em carta respostas à pendência, as pesquisadoras informaram que não uniformizaram a redação dos riscos no Formulário de Informações Básicas porque a edição deste item não estava disponível na PB por se tratar de instituição coparticipante. (PENDÊNCIA 1.2).

Benefícios - No que se refere aos benefícios, as pesquisadoras referem que: "Sua participação na pesquisa trará benefícios, considerando que os dados obtidos poderão proporcionar conhecimentos científicos e subsídios teóricos no que se refere a atual organização e infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Prisional do RS, possibilitando obter um

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

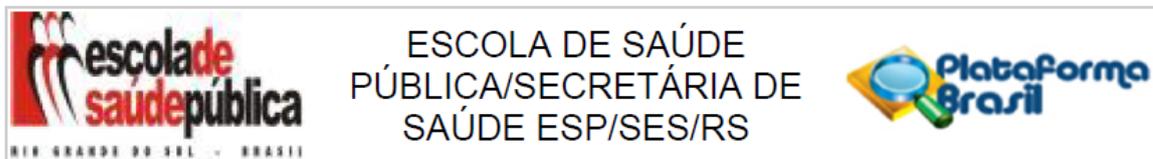
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

panorama da realidade encontrada neste eixo da atenção à saúde prisional, além de proporcionar à gestão reconhecer e elencar prioridades para o aprimoramento e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito prisional."

No Formulário de Informações Básicas, quantos aos benefícios consta uma trecho adicional: "pela pesquisa ser realizada em ambiente virtual, destacamos que tal meio possui benefícios como a Flexibilidade em participar da pesquisa no período/turno do dia que o participante julgar mais oportuno, além da dispensado contato em ambiente físico com o entrevistador com necessidade de horário agendado". Todavia, essa afirmação não se trata de um benefício da pesquisa, mas sim uma estratégia para diminuir o risco do desconforto em participar da pesquisa. Em carta resposta à pendência, em 2ª versão, as pesquisadoras informaram não retiraram o trecho do Formulário de Informações Básicas porque a edição deste item não estava disponível na PB por se tratar de instituição coparticipante. (PENDÊNCIA 2.1)

Ainda em segunda versão, os benefícios foram incluídos no Projeto Detalhado. (PENDÊNCIA 2.2)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de "um estudo de caráter exploratório-descritivo, transversal e de abordagem quali-quantitativa". As pesquisadoras propuseram-se a caracterizar "a organização e estruturação da AF sobre 2 pilares, a AF prisional estadual sob gestão da SUSEPE e a AF nas 102 unidades prisionais".

Para tal, os instrumentos utilizados serão as respostas de "um total de 103 questionários, sendo 102 destinados aos profissionais das unidades prisionais em atividade e 1 questionário destinado 'Farmacêutico responsável estadual pela AF no sistema prisional do RS ou Farmacêutico atuante na Farmácia Central da SUSEPE". Como critério de inclusão, as pesquisadoras informam que "serão incluídos no estudo todos os profissionais que organizam/executam atividades de AF nas unidades prisionais que integram as 10 Delegacias Regionais Penitenciárias do RS". Já, em relação ao critério de exclusão, "serão excluídos da pesquisa os questionários que estiverem preenchidos de forma incompleta".

De acordo com o projeto, "a aplicação dos questionários, bem como as orientações para o seu preenchimento serão realizadas de forma remota".

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

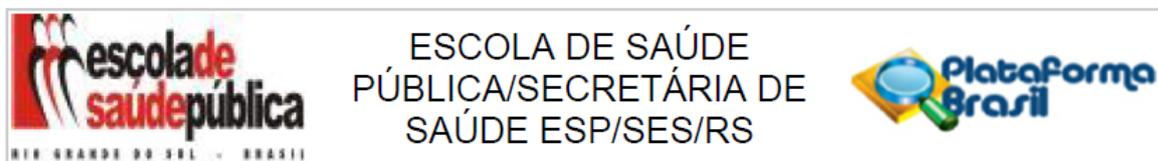
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

Na metodologia proposta “os questionários serão elaborados como formulários eletrônicos na plataforma Google Forms e enviado o convite e as orientações para participação do estudo com link para acesso as questões através de e-mail individualmente para cada unidade prisional”. O conteúdo dos mesmos trata de “questões relacionadas a gestão, estrutura, organização, processos e qualificação da AF no sistema prisional, elaborados e adaptados, com base no instrumento da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) – Componente Avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica Básica”. As pesquisadoras informam ainda que, será selecionada uma Delegacia Regional Penitenciária do RS para realizar “um ensaio piloto, para verificar a adequação e funcionalidade dos questionários destinados às unidades prisionais, bem como possíveis dificuldades dos entrevistados”.

As pesquisadoras destacam que o estudo terá a colaboração da pesquisadora Lia Gonçalves Possuelo, vinculada à Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) que coordena o projeto em andamento “Contribuições para gestão estadual de saúde prisional: monitoramento e avaliação, educação permanente e tecnologias em saúde” (parecer 4.498.390 do Comitê de Ética em Pesquisa da ESP/SES/RS).

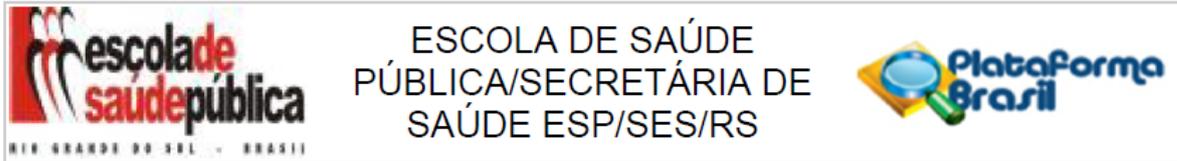
Em segunda versão, as pesquisadoras alteraram o período de coleta de dados no cronograma, substituindo a previsão anterior que era de maio a agosto de 2022, para junho e agosto de 2022, de modo que “a coleta de dados somente será iniciada após aprovação do projeto pelo CEP-ESP/RS”. (PENDÊNCIA 3)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em avaliação apresenta os seguintes Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Em 3ª versão, as pesquisadoras informaram que, após a aprovação pelos comitês de ética, “os participantes serão convidados a participar do estudo através do envio individual de e-mails às unidades prisionais e terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido através do formulário on-line, onde registrarão seu aceite de participação” (PENDÊNCIA 1.1.1).
- Termo de Anuência Institucional (TAI): está adequado e assinado por Péricles Stehmann Numnes, Diretor do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da SES/RS, em 28/03/2022.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-001
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 **E-mail:** ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras atenderam todas as pendências dos pareceres anteriores (listadas abaixo).

O projeto está apto a ser executado.

1- Quanto aos riscos:

1.1. Esclarecer quantos indivíduos estão aptos a responder o questionário destinado ao "profissional farmacêutico responsável estadual pela assistência farmacêutica do sistema prisional do RS". Caso exista apenas um responsável, rever o TCLE e redação dos riscos nos demais documentos, pois não é possível garantir o anonimato do profissional participante, mesmo que seu nome não seja divulgado no estudo (PENDÊNCIA ATENDIDA)

1.1.1 Este CEPS reconhece os esforços e a preocupação das pesquisadoras em proteger o anonimato dos participantes, entretanto, considerando o quadro restrito de farmacêuticos aptos a responder o questionário destinado aos gestores, este CEPS solicita que seja informado no TCLE e no projeto detalhado que, embora as pesquisadoras adotem diversas medidas para proteção do anonimato dos participantes, não é possível garanti-lo, devido ao cargo/ocupação do participante. Solicita ainda, que sejam inseridos os dados do CEPS -ESP/RS no TCLE. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

1.2. Uniformizar o texto no Formulário de Informações Básicas, de acordo com o texto do TCLE. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

1.3. Incluir os riscos no projeto detalhado.(PENDÊNCIA ATENDIDA)

2- Quanto aos benefícios:

2.1. Uniformizar o texto no Formulário de Informações Básicas, retirando o trecho "pela pesquisa ser realizada em ambiente virtual, destacamos que tal meio possui benefícios como a flexibilidade em participar da pesquisa no período/turno do dia que o participante julgar mais oportuno, além da dispensa do contato em ambiente físico com o entrevistador com necessidade de horário agendado", visto que essa

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

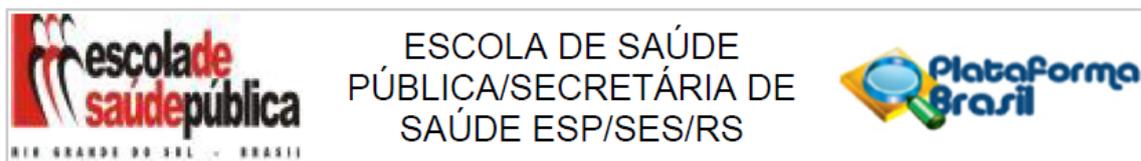
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 5.469.526

afirmação

não se trata de um benefício da pesquisa, mas sim uma estratégia para diminuir o risco do desconforto em participar da pesquisa; (PENDÊNCIA ATENDIDA)

2.2. Incluir os benefícios no projeto detalhado. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

3- Atualizar o cronograma de execução. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1903999.pdf	18/05/2022 22:27:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado_v3.pdf	18/05/2022 22:26:33	Michele Berger Ferreira	Aceito
Outros	Carta_Resposta_pendencias_CEP_ESP.pdf	18/05/2022 22:25:20	Michele Berger Ferreira	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado_v3.pdf	18/05/2022 22:24:25	Michele Berger Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AF_sistema_prisional_v3.pdf	18/05/2022 22:23:53	Michele Berger Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_SES.pdf	29/03/2022 10:23:56	Isabela Heineck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	18/02/2022 11:16:24	Michele Berger Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_AF_no_sistema_prisional_do_RS.pdf	18/02/2022 11:15:50	Michele Berger Ferreira	Aceito
Outros	Adequacoes_Parecer_CEP.pdf	18/02/2022	Michele Berger	Aceito

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

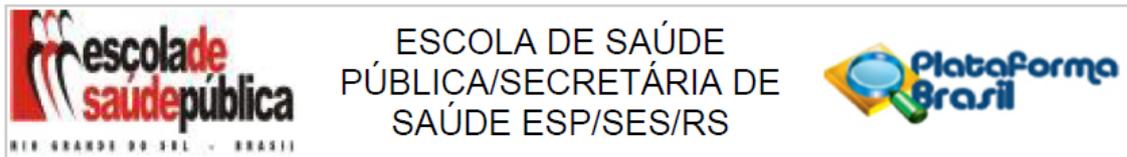
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS

Continuação do Parecer: 5.469.526

Outros	Adequacoes_Parecer_CEP.pdf	11:13:59	Ferreira	Aceito
Outros	Cadastro_pesquisa_plataforma_SES_R S.pdf	27/01/2022 14:09:54	Michele Berger Ferreira	Aceito
Outros	SUSEPE.pdf	27/01/2022 14:08:24	Michele Berger Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
LIARA SALDANHA BRITES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311, sala 26.

Bairro: Partenon

CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

 Ciência & Saúde Coletiva

#Lar

 Autor

Confirmação de envio

 Imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Ciência & Saúde Coletiva

ID do manuscrito
CSC-2023-1193

Título
CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL: ESTUDO
TRANSVERSAL CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PRISIONAL:
ESTUDO TRANSVERSAL

Autores
Ferreira, Michele
Schwarzbold, Pauline
Longo, Samantha
Dotta, Renata Maria
Possuelo, Lia
Heineck, Isabela

Data Enviada
27 de julho de 2023

Painel do autor