



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**KARLA KAROLLINE BARRETO CARDINS**

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UNIDADES  
PRISIONAIS NA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE  
2017**

# Assistência farmacêutica em unidades prisionais na Paraíba

Karla Karolline Barreto Cardins

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

**Orientadora: Prof.(a.) Dr.(a.) Gabriela Maria Cavalcanti Costa**

Campina Grande  
2017

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C267a Cardins, Karla Karolline Barreto.  
Assistência farmacêutica em Unidades Prisionais na Paraíba [manuscrito] / Karla Karolline Barreto Cardins. - 2017.  
82 p.  
  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2017.  
"Orientação: Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Assistência farmacêutica. 2. Política Nacional de Medicamentos. 3. Saúde penitenciária. 4. Uso de medicamentos.  
I. Título. 21. ed. CDD 615.1

**KARLA KAROLLINE BARRETO CARDINS**

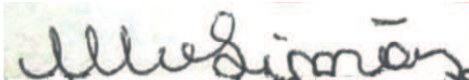
**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UNIDADES PRISIONAIS  
NA PARAÍBA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

**Aprovada em:29/03/2017**

**BANCA EXAMINADORA**

:   
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa- UEPB**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões UEPB**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Dra. Claudia Helena Soares de Moraes Freitas UFPB**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar a Deus, autor da vida, por Sua misericórdia e graça derramadas sobre as nossas vidas, que me ajudou a passar pelas dificuldades encontradas e chegar até aqui, sempre me fortalecendo e lembrando que a Sua vontade é boa e agradável.

Aos meus pais, Mateus e Noêmia, que sempre me apoiaram, fazendo o possível para eu conseguir alcançar meus objetivos, com todo amor do mundo.

Ao meu esposo, Helinho, que com todo amor sempre me deu suporte, me ajudou e proporcionou meios para eu conseguir chegar até aqui, sendo um companheiro fiel e me mostrando que é em Deus que devemos confiar.

Aos meus irmãos, Danielle e Emanuell, que compartilharam dos momentos comigo, tanto os tristes como os alegres, sempre aprendendo juntos.

A minha tia Cardins, que é minha segunda mãe e sempre esteve presente na minha vida, me aconselhando e incentivando para que eu consiga alcançar meus objetivos.

A minha orientadora, Gabriela, por todos os ensinamentos e orientações, estando sempre presente e me guiando com muita sabedoria, sempre me auxiliando em tudo deste trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** A implantação do Sistema Único de Saúde representou grande avanço na política de atenção à saúde da população brasileira, ampliando o acesso as redes de assistência e conseqüentemente à assistência farmacêutica. Essa garantia também inclui o sistema penitenciário, porém, a situação crônica de insalubridade, a maior prevalência de agravos à saúde e a dificuldade de acesso da população aos medicamentos comprometem a assistência.

**Objetivo:** Analisar a assistência farmacêutica nas penitenciárias do estado da Paraíba considerando a adequada prescrição e dispensação dos medicamentos essenciais e estratégicos. **Caminho metodológico:** Estudo descritivo, de corte transversal e natureza qualitativa, realizado em sete penitenciárias do estado da Paraíba entre os meses de fevereiro a agosto de 2016. Foi empreendido um levantamento nos prontuários para verificar a prescrição de medicamentos essenciais e estratégicos e realizada uma inspeção local para avaliar as instalações dos locais destinados a dispensação de medicamentos. Foram entrevistados profissionais de saúde e apenados, através de uma entrevista semiestruturada e audiogravada. E os resultados foram categorizados e analisados na perspectiva da análise de conteúdo.

**Resultados:** O acesso aos medicamentos foi estudado de acordo com a forma de aquisição dos mesmos, bem como as barreiras encontradas para garantir o tratamento contínuo, o uso racional foi avaliado mediante prescrição adequada, supervisão das doses necessárias e o armazenamento dos medicamentos e a dispensação foi definida pela entrega mediante receita, da garantia do recebimento dos medicamentos dentro dos padrões de qualidade e segurança e das orientações relacionadas ao uso. Verificou-se que grande parte das penitenciárias têm se responsabilizado em prover as medicações, porém, os apenados praticamente não recebem as receitas, não são orientados por profissionais adequados e também não são supervisionados durante a tomada das doses. Além disso, a maioria das penitenciárias não possui farmácia e o processo de dispensação é limitado pelo ambiente prisional e pela falta de profissionais capacitados. **Conclusões:** Percebe-se que a garantia da assistência farmacêutica deve ser uma preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde, pois mesmo com pouca falta de medicamentos essenciais e estratégicos, a prescrição adequada, a dispensação, a supervisão das doses tomadas, o armazenamento correto e o acompanhamento para garantir a continuidade do tratamento são negligenciados, além da estrutura física precária e da falta de profissionais necessários e capacitados para o sistema prisional. Desta forma, os achados contribuem para que a gestão obtenha conhecimentos sobre a realidade atual da assistência farmacêutica nas penitenciárias e para que as equipes de saúde aprofundem seus conhecimentos na área.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Prisioneiros; Prisões; Política Nacional de Medicamentos; Uso de medicamentos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The implementation of the Unified Health System represented a major advance in the health care policy of the Brazilian population, increasing access to care networks and consequently to pharmaceutical care. This guarantee also includes the penitentiary system, however, the chronic situation of unhealthy, the higher prevalence of health problems and the difficulty of the population's access to medicines compromise the assistance. **Objective:** Analyze the pharmaceutical assistance in penitentiaries in the state of Paraíba considering the appropriate prescription and dispensation of essential and strategic medicine. **Methodological approach:** A descriptive, cross-sectional and qualitative study carried out in seven penitentiaries in the state of Paraíba between February and August of 2016. A survey was carried out in the medical records to verify the prescription of essential and strategic medicines and a local inspection was carried out to evaluate the installations of the places destined to the medicines dispensation. Health professionals and patients were interviewed through a semi-structured and audiograped interview. And the results were categorized and analyzed from a content analysis perspective. **Results:** Access to the medicine was studied according to their acquisition, as well as the barriers found to guarantee continuous treatment, the rational use was evaluated by means of adequate prescription, supervision of the necessary doses and the storage of medicines and the dispensation was defined by the prescription delivery, the guarantee of the receipt of the medicines within the standards of quality and safety and the guidelines related to the use. It was found that a large part of the penitentiaries have been responsible for providing the medications, however, the prisoners are practically not receiving the revenues, are not guided by suitable professionals and are also not supervised during the taking of the doses. In addition, most penitentiaries do not have a pharmacy and the dispensing process is limited by the prison environment and the lack of trained professionals. **Conclusions:** It is perceived that the guarantee of pharmaceutical assistance should be a permanent concern of public health policies, since even with a lack of essential and strategic medicines, adequate prescription, dispensing, supervision of the doses taken, correct storage and follow-up to ensure continuity of treatment are neglected, in addition to the precarious physical structure and lack of professionals needed and trained for the prison system. Thus, the findings contribute to management gaining insight into the current reality of pharmaceutical care in penitentiaries and for health teams to deepen their knowledge in the area.

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Prisoners; Prisons; National Drug Policy; Drug Utilization.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
1.1 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS X POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL	07
1.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	10
1.3 SAÚDE PENITENCIÁRIA X ACESSO A MEDICAMENTOS	17
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
<b>3. CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>25</b>
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
3.2 O CENÁRIO	25
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
3.4 INSERÇÃO NO CAMPO	27
3.5 COLETA DE DADOS	28
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>32</b>
4.1 ARTIGO 1	33
4.2 ARTIGO 2	55
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO</b>	
<b>APÊNDICE</b>	



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS X POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

A compreensão do significado do termo saúde, dos determinantes do adoecimento e tratamento representa focos de estudos na sociedade e impulsiona a formulação de políticas públicas. Sua definição, influenciada por variadas correntes, sofreu diversas modificações ao longo do tempo, e atualmente compreende-se a partir dos determinantes sociais, acarretando maiores preocupações com as condições de vida da população (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

Adotando a perspectiva de saúde para todos e visando melhores condições de vida, houve a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou grande avanço na política de atenção à saúde da população brasileira. A saúde tornou-se direito de todos, sendo assim, assegurada como dever do Estado, ampliando o acesso as redes de assistência. Ao considerar a atenção integral proposta pelo SUS, fica evidente a necessidade de disponibilizar recursos para a assistência farmacêutica (AF) nos moldes do sistema de saúde vigente (ASSIS; CRUZ, 2010).

Assim como a assistência à saúde no Brasil sofreu modificações ao longo da história, a AF também acompanhou os princípios que nortearam a atenção à saúde. Mesmo anteriormente a criação do SUS, o Estado já dava indícios sobre a percepção da responsabilidade sob a saúde da população, criando a Central de Medicamentos (CEME), responsável pela distribuição de medicamentos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A CEME foi criada em 1971, no período em que a ditadura militar governou o Brasil. Embora a priori estivesse subordinada ao presidente da República, logo passou a ser responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do decreto nº. 75.985/1975 (BRASIL, 1975).

A CEME surge ante a preocupação relacionada ao acesso da população menos favorecida a medicamentos essenciais para a manutenção da saúde e, nesse sentido, a partir das necessidades regionais, organizou-se a AF (BRASIL, 1975). Entretanto, falhas foram detectadas e os objetivos centrais não estavam sendo alcançados, tornando necessária uma

nova reformulação da AF no Brasil. Em decorrência das evidências de ineficiência, em 1997, durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, a CEME foi desativada e suas responsabilidades e competências destinados aos órgãos do Ministério da Saúde (MS) e secretarias estaduais e municipais de saúde (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Com a desativação da CEME, foi criado o Programa Farmácia Básica e a implantação de outra política voltada para a AF no País. O objetivo era combater uma possível crise de desabastecimento dos fármacos na rede de assistência do SUS. Esse cenário também contribuiu para a criação da política farmacêutica e a discussão em torno do acesso aos fármacos tornou-se ainda mais evidente (BRASIL, 2005a).

Com o advento do SUS e garantia da Constituição Federal que assegura o comprometimento do Estado com a assistência terapêutica integral, foi estabelecida a lei 8080/90, que em seu artigo 6º afirma que “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): (...) a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção.”, como também que “A assistência terapêutica integral consiste em: I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde” (BRASIL, 1990). Evidenciando que a política de medicamentos já estava prevista desde a criação da Lei que regulamenta as ações e serviços de saúde. Proporcionando, assim, destaque ao acesso universal e igualitário à AF (BRASIL, 2015).

Com esta garantia respaldada legalmente, intensificaram-se as discussões no país sobre a universalidade do acesso e o uso seguro e eficaz dos fármacos (LEITE; VASCONCELLOS, 2010). Mediante esse cenário, foi necessário criar políticas de AF que agregasse valores aos serviços de saúde e apresentasse estrutura para dar suporte a complexidade e características do SUS. Tornando imperativa a qualificação dos profissionais de saúde, a seleção de medicamentos de qualidade, com baixo custo, programação correta do abastecimento das farmácias, estabelecimento dos protocolos para prescrição, dispensação, administração e controle das reações adversas dos fármacos (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, para que fosse possível o alcance de todos os objetivos supracitados foram estabelecidas duas políticas de AF: A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Entende-se por política um compromisso oficial, destinado a reger um tema, a partir de diretrizes, objetivos, intenções e decisões gerais, tendo como função direcionar ações e planejamentos (BRASIL, 2006a).

A PNM foi instituída através da Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998 e baseia-se nos princípios e diretrizes que regem o SUS. A política foi aprovada através da

Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde e pode ser considerada a primeira grande iniciativa do governo após a reforma sanitária ocorrida no país (BRASIL, 1998).

A PNM constitui parte fundamental da Política Nacional de Saúde, fundamenta a AF no País, e é um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover e melhorar as condições de atenção à saúde da população, através da garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos utilizados (BRASIL, 2001).

O principal propósito da PNM é garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, necessárias para a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Esse acesso deve ser garantido mediante adequada prescrição e dispensação. Os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, deverão concentrar esforços por meio de ações direcionadas ao alcance deste propósito. Os profissionais responsáveis pela distribuição dos medicamentos precisam ter conhecimentos e treinamentos específicos para realizar esta atividade (BRASIL, 1998).

Entre os principais entraves que motivaram a criação da PNM estão: dificuldades de acesso da população aos fármacos, baixa qualidade dos medicamentos utilizados pelo SUS, uso indiscriminado de medicamentos e ações desarticuladas de AF. A fim de minimizar tais dificuldades, foram formuladas as seguintes diretrizes: criação e revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), regulamentação sanitária de medicamentos e reorientação da AF (BRASIL, 2006a).

A criação da RENAME foi fundamental para a organização da AF no SUS, visto que apresenta a padronização dos medicamentos como fundamento, facilitando a prescrição uniforme e o abastecimento das farmácias na rede de assistência, resultando inclusive, na redução dos gastos públicos com a aquisição dos fármacos. Já a regulamentação sanitária de medicamentos atua através da farmacovigilância, com a fiscalização do registro de medicamentos e a autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, sendo papéis de responsabilidade única do gestor federal (BRASIL, 1998); (PORTELA et al, 2010).

Por fim, a reorientação da AF visa uma ampliação do processo, de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas sim a aspectos como a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, devendo estar fundamentada na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001).

Em relação à AF no SUS, fazem parte as atividades de: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, prescrição e dispensação. Estas deverão favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001).

Mesmo em face de avanços significativos no âmbito na AF, em 2003, a I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos ocorrida no Brasil, concluiu que ainda havia entraves importantes no que diz respeito ao acesso de medicamentos e o seu mau uso entre os usuários (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

Além da PNM, foi instituída também a PNAF, através da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Seu objetivo é fortalecer as ações de AF direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no âmbito individual, quanto coletivo. Essa política é compreendida como um eixo norteador para as ações setoriais, inclusive a política de medicamentos e Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004).

Os eixos estratégicos priorizados pela PNAF são amplos e incluem: garantia de acesso, equidade as ações de saúde, manutenção da rede pública de saúde nos três níveis de complexidade e qualificação dos serviços de AF já existentes no sistema, promovendo a articulação entre as esferas do governo (BRASIL, 2006a).

No cenário de criação de políticas públicas de saúde voltadas para a AF no país, observa-se a preocupação dos governantes não apenas com acesso e distribuição, mas com o comprometimento fundamental dos atores envolvidos para evitar o tratamento ineficaz e o uso inadequado dos fármacos (LEITE; VASCONCELLOS, 2010). Dessa forma, há maior atenção voltada ao respeito às diretrizes e princípios da assistência à saúde da população brasileira, para garantir a integralidade e promover as parcerias intersetoriais entre as esferas de poder (BRASIL, 2006a).

## 1.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A AF no SUS considera o princípio da universalidade e promove a ampliação do acesso aos fármacos pela população. As políticas também preconizam o desenvolvimento de ações para a disseminação da utilização racional dos remédios e promover o acesso universal

de medicamentos que possuem o status de essencial para a saúde da coletividade (BRASIL, 2001); (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Estudos apontam que o acesso a assistência médica e farmacêutica não constituem problemas peculiares apenas no âmbito brasileiro, mas também em diversos países, nos quais se observam uma carência relacionada à disponibilidade de medicamentos, principalmente aqueles considerados essenciais. Apenas os acessos à assistência médica e aos medicamentos não se constituem os únicos aspectos para melhorar as condições de vida da população (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007). É fundamental que sejam inibidas as dispensações medicamentosas inadequadas ou realizadas por profissionais não capacitados e o uso irracional de medicamentos, pois podem resultar em tratamentos inseguros e não eficazes, além das prescrições inadequadas, nas quais ocorre a recomendação do uso de medicamentos sem a prestação de informações fundamentais para que o tratamento obtenha sucesso (PORTELA et al, 2010).

A prescrição de medicamentos e o uso racional dos mesmos envolvem diversos atores, entre eles: o Estado, a indústria farmacêutica, os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, que fazem com que a rede de interesses e conflitos torne-se crescente e antagônica (BOING; FERNANDES; FARIAS, 2012).

Para evitar obstáculos no momento da prescrição e no uso dos medicamentos, faz-se necessário a reorientação nas relações médico-paciente e farmacêutico-paciente, pois o atendimento desarticulado e reducionista tem elevado os erros de prescrição e administração de medicamentos. A compreensão do uso racional dos fármacos difere entre profissionais de saúde e usuários, sendo importante privilegiar o entendimento e a relação que os usuários apresentam acerca do uso dos fármacos, a fim de tornar o processo prescrição-administração eficaz e seguro (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

Dessa forma, é essencial articular as práticas médicas e farmacêuticas com consultas personalizadas aos pacientes, sob a ótica da humanização. Destaca-se também a importância da discussão acerca da prescrição de medicamentos, relacionada às reações adversas, doses e incentivo a adoção do tratamento completo. Ainda é necessário estimular a construção da autonomia dos pacientes, objetivando o reconhecimento de que eles próprios são capazes de obter controle e mudar circunstâncias que geram adoecimento e diminuição da qualidade de vida (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Soma-se a essa realidade as influências individuais sobre o uso dos medicamentos e os investimentos da indústria farmacêutica em propagandas, que estimulam o uso de fármacos, evidenciando que a necessidade e o consumo de medicamentos não são sinônimos, nem se

relacionam, pois o consumo é bastante elevado, enquanto a distribuição acontece de forma desigual (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

O uso desnecessário de medicamentos é reconhecido pela própria população brasileira e acarreta grande aumento da demanda. Essa realidade é presente entre todas as camadas sócio-econômicas e sua ocorrência está fundamentada tanto na prática cultural herdada dos antepassados quanto na facilidade de acesso, para classes mais abastadas (AQUINO, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu manual de medicamentos, afirma que o consumo racional de fármacos perpassa diversas etapas, entre as quais estão: prescrição adequada, acesso ao medicamento de qualidade, dispensação acompanhada de informações e administração conforme prescrição (WHO, 1987).

Se há déficit em qualquer etapa para o uso racional de medicamentos, a tendência é o uso indiscriminado de fármacos. A literatura científica afirma que a tendência do povo brasileiro para a automedicação é proveniente da falta de serviços de saúde resolutivos e acolhedores (LEITE; VASCONCELLOS, 2010). É possível observar claramente que, para além de facilidades relacionadas ao acesso, constitui-se condição primordial, para a melhoria das condições de vida da população, o efetivo tratamento da patologia, através da prescrição/uso adequados dos medicamentos prescritos (AQUINO, 2008).

Vários fatores estão relacionados ao uso dos medicamentos, e estes podem contribuir para o uso racional ou não dos fármacos. Tornando necessária a adoção de uma política de medicamentos que promova o uso racional dos remédios, a partir da reorientação da utilização e legislação que controla a venda nas farmácias e drogarias privadas. Dessa forma, tanto a produção quanto a comercialização de medicamentos devem seguir normas rígidas, visando à eficácia, à segurança e à qualidade dos produtos (BRASIL, 1998); (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

Acerca da comercialização dos medicamentos, é importante ressaltar que o governo oferece subsídios para diminuir os custos de produção e compra dos mesmos, a fim de ampliar o acesso da população ao tratamento recomendado. Em relação à garantia de medicamentos seguros, eficazes e de baixo custo, o governo vem atuando e direciona ações a partir das seguintes diretrizes (BRASIL, 1998):

- a) Adoção da RENAME: os produtos que constam nesta relação são considerados de uso essencial, que são aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maior parte dos agravos à saúde presentes entre os usuários do sistema de saúde, além de orientar a prescrição médica e o abastecimento padronizando os medicamentos mais usuais.

- b) Regulamentação Sanitária de Medicamentos: está relacionada com a farmacovigilância, que atuará através da fiscalização de questões relativas ao registro de medicamentos, à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, e as restrições e eliminações de produtos inadequados ao uso, sendo alvo para o governo federal.
- c) Reorientação da Assistência Farmacêutica: o modelo de atenção da AF implantará todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, devendo basear-se na descentralização da gestão, promoção do uso racional dos medicamentos, otimização e eficácia da distribuição no setor público e iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos.
- d) Promoção do Uso Racional de Medicamentos: deve ser feita através de processos educativos direcionados à população e nos momentos em que são realizadas a prescrição e dispensação dos medicamentos.
- e) Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Promoção da Produção de Medicamentos: incentivos para a produção científica, com capacitação e desenvolvimento tecnológico nacional, que promovam a diminuição dos custos para a produção dos medicamentos que constam na RENAME.
- f) Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos: fiscalização sistemática do cumprimento da regulamentação sanitária, relacionado às boas práticas de produção de medicamentos.
- g) Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos: muitos profissionais estarão envolvidos para na operacionalização da PNM, e todos necessitam estar capacitados para o bom desempenho de suas funções. Acerca desse aspecto a Lei 8.080/90 estabelece que a formação e educação continuada devam ser estimuladas e promovidas de modo intersetorial.

Tais intervenções contribuem para que a AF no SUS seja realizada de maneira integral, tendo em vista que grande parte dos atendimentos de saúde resulta na prescrição de medicamentos. Sob esta ótica, a PNAF representa uma meta de governo e contribui para a consolidação do SUS, pois estimula o desenvolvimento social do País, garantindo melhores condições de vida e orienta atividades e objetivos idealizados pelo MS para esse âmbito (BRASIL, 1998); (ASSIS; CRUZ, 2010).

Para contribuir com o acesso aos fármacos, foram criadas em 2004 as farmácias populares, destinadas à venda de medicamentos de qualidade a preços acessíveis para a maioria da população. A iniciativa corrobora a perspectiva de ampliação do acesso ao

tratamento medicamentoso promovida pelos governos, contribuindo efetivamente para o sucesso da PNAF no SUS (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

Os dados apontam que os gastos gerados com as despesas de medicamentos no Brasil representam grande parte dos custos relacionados à saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2010). A AF no país é financiada pelas três esferas da gestão do SUS e regulamentada pela Portaria GM nº 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (BRASIL, 2007) e pela Portaria nº 1.555/2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da AF no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

Em relação ao financiamento, os recursos federais são distribuídos de forma estruturada entre o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado da AF (BRASIL, 2011a).

O componente básico é composto por medicamentos pertinentes à AF na atenção básica e é subdividido em duas partes. O elemento fixo é composto por uma transferência de recursos per capita aos estados, municípios e Distrito Federal, de acordo com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Aos estados e municípios cabe o repasse pactuado entre as três esferas do governo. Já o elemento variável é formado por valores per capita repassados para a aquisição de medicamentos para os programas do governo federal, a exemplo: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, entre outros. É importante referir que esse montante de recursos pode ser executado de maneira centralizada pelo MS ou descentralizada, conforme pactuação existente e que os medicamentos adquiridos com esses recursos devem constar na RENAME (BRASIL, 2006a); (BRASIL, 2013a).

O componente estratégico é direcionado para programas de saúde estratégicos, referentes a agravos e doenças de impacto na saúde pública, cujo controle e tratamento possuam protocolo e normas estabelecidas (controle da tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras de abrangência nacional ou regional; DST/AIDS; doenças hematológicas e hemoderivados; e imunobiológicos, além dos medicamentos e insumos para o combate ao tabagismo e para as ações no âmbito da alimentação e nutrição. Ao MS cabe a aquisição centralizada dos fármacos, distribuição entre os estados, formulação dos protocolos de tratamento e planejamento das ações. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) são responsáveis apenas pelo armazenamento adequado e distribuição para as regionais de saúde (BRASIL, 2006a); (BRASIL, 2011a).



O componente especializado da AF é regulamentado pela Portaria nº 1.554/13, sendo uma estratégia de acesso no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, com as linhas de cuidado definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo MS. O número de medicamentos nessa categoria teve uma ampliação significativa, passando de 101 fármacos em 226 apresentações, em 2002, para 149 fármacos em 321 apresentações, em 2010 (BRASIL, 2013b).

Todos os recursos financeiros provenientes do MS são transferidos a partir do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Esses fundos são contas bancárias exclusivas para a movimentação financeira da saúde nas três esferas do governo<sup>8</sup>. A Portaria nº 204/2007 estabelece seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; AF; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007).

Um importante entrave para a efetivação política no SUS constitui-se pela dificuldade de acesso das pessoas que formam as classes sociais mais desfavorecidas aos medicamentos, tal cenário impede a universalidade e a resolutividade propostos pela política (LEITE; VASCONCELLOS, 2010).

No Brasil, são raros os dados referentes ao acesso a medicamentos pela população, e a maioria dos estudos realizados avalia esse acesso baseando-se apenas na quantidade de medicamentos prescritos que o paciente conseguiu receber ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado, sem uma devida importância para aspectos relacionados ao uso racional e adequado dessas medicações. A falta de acesso a medicamentos essenciais pode levar ao agravamento da doença, fazendo com que aumentem os gastos com a atenção secundária e terciária (PANIZ et al, 2008).

Fato que já é apontado pela produção científica, que afirma que a garantia de tratamento adequado reduz os índices de morbimortalidade, conduzindo para melhores níveis de saúde da população. Nesse sentido, como já mencionado, as políticas de AF estão fundamentadas nos princípios e diretrizes que regem o SUS, entretanto, o que é percebido entre os pesquisadores e gestores é a não universalidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001); (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Tal realidade relaciona-se a alguns aspectos, entre os quais está a mudança do perfil epidemiológico da população. Atualmente, o Brasil encontra-se em fase de transição epidemiológica, apresentando altos índices de doenças crônico-degenerativas, grande prevalência de morbimortalidade por causas externas e doenças infectocontagiosas, como a

dengue e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Ao mesmo tempo é percebido o envelhecimento populacional, relacionado ao aumento da expectativa de vida, e essa nova realidade promove o aumento do consumo de medicamentos (BRASIL, 2001).

Diante desta conjuntura é evidente o aumento dos custos assistenciais, pois ao passo que o desenvolvimento científico promove melhores condições de vida, encarece a assistência à saúde com a inserção de novas drogas e procedimentos para o tratamento de doenças. Dessa forma, faz-se necessário que haja maior e melhor assistência à saúde, incluindo as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, fazendo com que uma política de medicamentos torne-se essencial nesse cenário (BRASIL, 2001).

Entretanto, muitos são os entraves observados para a adoção da PNM e da PNAF, entre eles está o desinteresse dos gestores na adoção da RENAME, as várias irregularidades observadas quanto ao abastecimento das farmácias nos estabelecimentos públicos, enfraquecendo as ações promovidas pelo governo federal e a falta de empenho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001); (ASSIS; CRUZ, 2010).

Existem vários planos, programas e atividades para a implementação e efetivação da AF, que atuam conforme a preconização das políticas e são designados para as três esferas do governo. A instância federal é responsável pela implementação e a avaliação da PNM, a instância estadual deve atuar, em caráter suplementar, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da PNM e o âmbito municipal apresenta maiores responsabilidades para a efetivação da política (BRASIL, 2001).

As prefeituras municipais devem coordenar e executar a AF; associar-se a outros municípios para a execução da AF; estimular o uso racional de medicamentos; promover cursos de capacitação dos recursos humanos; coordenar a Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública; garantir o bom armazenamento e acesso de medicamentos; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde e investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas (BRASIL, 2001).

Quanto à efetivação da PNM e PNAF há insuficiência de recursos, desabastecimento em algumas regiões, incipiente responsabilização dos profissionais quanto ao uso dos medicamentos prescritos, relacionada a deficiências na orientação sobre a administração e uso racional dos fármacos e a ainda presente, resistência para propor mudanças nos processos de trabalho. E esses entraves, além de dificultarem a efetivação da PNM, configuram uma desatenção com as necessidades dos usuários (ASSIS; CRUZ, 2010); (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Pode-se observar que a legislação que rege a AF no Brasil é adaptada ao sistema de saúde atual e sofre atualizações constantes, mediante necessidades percebidas na prática. Tal situação advém do processo de reforma sanitária que o Brasil passou e resultou no incentivo a tomada de decisão e reformulações a partir de dados, informações e avaliações (BRASIL, 2005a).

### 1.3 SAÚDE PENITENCIÁRIA X ACESSO A MEDICAMENTOS

A saúde no âmbito prisional está garantida desde a publicação da Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210, de 11 de julho de 1984, onde no artigo 14º afirma que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. No entanto, observa-se que o acesso da população apenas aos serviços de saúde apresenta grandes entraves, revelando desrespeito a legislação e a essa parcela da população (BRASIL, 1984).

A sociedade reconhece que o sistema prisional brasileiro apresenta-se com amplos problemas no que concerne a estrutura física, segurança e escassez de recursos humanos e materiais. Entraves nesse sentido, quando articulados, implicam negativamente no objetivo primeiro das penitenciárias, que deveriam ser ambientes salubres, destinados para a ressocialização dos apenados. No entanto, atualmente o estímulo a violência e a disseminação de doenças infectocontagiosas, mentais e crônicas é alarmante.

A saúde das pessoas que se encontram privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro é preocupante. Em virtude da visão reducionista, fragmentada e limitada da assistência ofertada nas penitenciárias, a prevalência de alguns agravos é maior que a observada na população em geral, entre as quais se destacam tuberculose, hanseníase, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, hipertensão, diabetes e outros agravos à saúde relacionados às condições de confinamento (BRASIL, 2005b).

Ao longo do tempo as prisões vêm sofrendo exclusão das ações positivas de saúde. O estigma carregado junto às penitenciárias, não apenas brasileiras, mas presentes no mundo ainda é presente atualmente. Entretanto, a legislação tem avançado nas últimas décadas e aos poucos os direitos dos apenados têm sido reconhecidos pelo restante da sociedade.

É nesse sentido que se encontra a atenção à saúde, principalmente em nosso país que apresenta, por definição na Constituição, a saúde como um direito de todos e dever do Estado. As pessoas que estão privadas de liberdade nas instituições prisionais também são cidadãos e necessitam ter seus direitos preservados, principalmente os essenciais, como a saúde (BRASIL, 1988).

As inadequadas instalações físicas, a carência de recursos humanos e a violência caracterizam o sistema prisional brasileiro como falido, ineficaz e oneroso. Isso faz com que a saúde da população que se encontra nesse cenário não seja considerada de forma apropriada (REIS; BERNARDES, 2011). Essa situação crônica impulsionou a criação da Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003 o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) (BRASIL, 2005b).

O PNSSP foi criado pela iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Justiça, a partir do reconhecimento da necessidade da inclusão da população carcerária do Brasil no SUS. O objetivo do plano é inserir essa parcela da população no SUS, fundamentando a assistência ofertada nos princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2005b).

As equipes de saúde devem estar articuladas a redes assistenciais de saúde, apresentando como atribuições fundamentais o planejamento das ações de saúde, como promoção e vigilância e a realização de trabalho interdisciplinar. A equipe técnica mínima, para atenção de 100 a 500 pessoas presas deverá ser composta por: Médico; Enfermeiro; Odontólogo; Psicólogo; Assistente social; Auxiliar de enfermagem; e Auxiliar de consultório dentário (ACD) (BRASIL, 2005b).

Após dez anos de publicação do PNSSP, torna-se essencial conhecer a execução das políticas públicas farmacêuticas no cenário prisional. O PNSSP prevê como meta a garantia e disponibilidade de 100% do elenco de medicamentos definidos por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna, priorizando o uso racional de medicamentos. Ademais, o plano ainda aborda medidas específicas referente ao tratamento para agravos à saúde mais pertinentes neste âmbito (BRASIL, 2005b).

Além do PNSSP, em 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que objetiva promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, com um cuidado integral realizado pelos profissionais de saúde, de forma humana e qualificada (BRASIL, 2014a).

O sistema penitenciário brasileiro apresenta aspectos estruturais precários, como insalubridade, pouca ventilação, condições sanitárias adversas, além da superlotação das

celas, transformando as prisões em um ambiente propício à proliferação e difusão de doenças infectocontagiosas, como tuberculose (TB), hanseníase, DST/HIV, hepatites, hipertensão arterial e diabetes (SOUSA et al, 2013).

A TB é altamente endêmica nas prisões brasileiras, apresentando uma alta prevalência devido aos baixos padrões de higiene, má nutrição e ventilação das celas, falta de iluminação solar, alta prevalência para o HIV e comportamentos ilegais com o uso de álcool e drogas, apontando, assim, para a necessidade de ações de controle. Associados a esses fatores, pode-se citar o tratamento irregular e a detecção tardia dos casos de resistência, contribuindo para submeter essa população a um alto risco de adoecimento e morte pela TB (ALCÂNTARA et al, 2014).

O PNSSP preconiza que o controle da TB deve ser baseado na interrupção da cadeia de transmissão mediante a busca de casos, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, e a OMS recomenda que as ações de controle da TB na prisão sejam baseadas principalmente na estratégia TDO (BRASIL, 2005b). No entanto, os apenados ao serem estimulados a descrever sobre o tratamento recebido pelos profissionais de saúde na prisão, referiram apenas a entrega da medicação, indicando que o tratamento adotado no sistema prisional baseia-se somente no aspecto medicamentoso, limitando-se à entrega ou não de bacteriostáticos (ALCÂNTARA et al, 2014).

Em 2011 foram notificados 4.790 casos da doença nos presídios, esses dados mostram que a ocorrência da TB chega a ser 35 vezes superior entre a população privada de liberdade quando comparada à população em geral. Outros agravantes para as altas taxas da doença seriam a grande circulação de pessoas de uma prisão para outra e os antecedentes frequentes de encarceramento. O acesso aos serviços de saúde é precário, com um baixo número de profissionais de saúde que tem uma remuneração e contratos precários. Todas essas condições particulares permitem o desenvolvimento, a transmissão do agente etiológico, a complicação e a perpetuação da doença, o que explica a alta porcentagem de casos de pacientes com tuberculose dentro do sistema prisional (KÜHLEIS, 2013).

Deve-se destacar também a hipertensão arterial, que é um dos principais problemas de saúde do sistema prisional, causada, entre outros fatores, pelo excesso no consumo de sal, decorrente da quantidade e da qualidade da comida servida, que deve obedecer a critérios estabelecidos por nutricionistas, com cardápios que sigam as necessidades especiais individuais (RUDNICKI; PASSOS, 2012).

Esses fatores também influenciam o controle da glicemia dos presos portadores de diabetes, pois o confinamento gera um grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda

de autonomia causada por incapacidade física e/ou mental, ausência de familiares para ajudar no autocuidado e insuficiência de suporte financeiro. Fazendo com que uma série de dificuldades para manter seus níveis glicêmicos dentro do padrão seja enfrentada, devido aos costumes e as práticas adversas à saúde como tabagismo, uso de drogas ilícitas, alimentação inapropriada, exercícios físicos irregulares ou ausentes. Essas limitações dificultam a prevenção e o enfrentamento de patologias crônicas além de comprometerem a qualidade de vida dos apenados (FERREIRA, 2014).

É preconizado que haja tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados; tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados segundo a abordagem sindrômica; diagnóstico de 100% dos casos existentes de Tuberculose e cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos; cadastramento de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, garantindo acompanhamento do tratamento para 100% dos casos e tratamento de 100% dos casos de hanseníase e outras dermatoses (BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, o SUS possui como uma de suas questões principais o acesso a medicamentos, pois se constitui como o eixo que norteia as políticas públicas estabelecidas na área da AF, já que os medicamentos são uma das principais intervenções terapêuticas utilizadas, impactando de forma direta sobre a resolubilidade das ações de saúde (BRASIL, 2015).

O conceito de acesso é complexo e variável, podendo mudar ao longo de tempo e de acordo com o contexto. É muito utilizado para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, de acordo com as características dos indivíduos, da oferta ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). O acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Refere-se ao uso, no momento apropriado, de serviços de reconhecida eficácia, sendo interessante saber se oportunidades de bons resultados, como as alterações positivas nas condições de saúde, estão sendo perdidas por problemas de “acesso” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O conceito de acesso estudado está de acordo com a PNM, que garante o acesso da população aos medicamentos, mediante adequada prescrição e dispensação, e será avaliado em relação à organização dos serviços farmacêuticos nas penitenciárias, com referência à aquisição dos medicamentos e à continuidade do tratamento, para assim garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos necessária à promoção do uso racional (BRASIL, 2001).

O acesso a medicamentos é um problema global e a OMS estima que um terço da população não tenha acesso regular a medicamentos essenciais, e esse fator é ainda mais grave nas penitenciárias, sendo necessário trabalhar na perspectiva da reorganização da política de AF no contexto da política nacional de saúde (NUNES; AMADOR; HEINECK; 2008); (MENEZES; MENEZES, 2014).

A operacionalização do PNSSP prevê como uma de suas ações o fornecimento de medicamentos, através do planejamento quanto à necessidade e dispensação dos mesmos. Cabe ao MS garantir o fornecimento regular de kits de medicamentos básicos para todas as equipes compostas pelos profissionais citados. Nesse sentido, cada esfera do governo apresenta responsabilidades quanto à aquisição, distribuição e acesso dos apenados aos tratamentos prescritos <sup>24</sup>.

O programa Farmácia Penitenciária foi desenvolvido em 2003 no âmbito do PNSSP para prover a atenção integral à saúde da população prisional, contribuindo para que ocorra um maior controle e/ou redução dos agravos à saúde que mais a atinge. Para isto, os kits são compostos por medicamentos essenciais com a quantidade estabelecida de forma proporcional ao número de pessoas presas vinculadas às equipes de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2011b).

Os medicamentos que compõem os kits são: Amoxicilina 500mg (Antibiótico), Benzoato de Benzila 250mg/ml (Antiparasitário), Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI (Antibiótico), Benzilpenicilina Procaina 400.000UI (Antibiótico), Dexametasona (Acetato) 0,1% (Antiinflamatório esteroideal), Eritromicina 250mg (Antibiótico), Diclofenaco Potássico 50mg (Antiinflamatório), Mebendazol 100mg (Antiparasitário), Metronidazol 250mg (Antiparasitário), Metronidazol Geléia Vaginal 50mg+5g (Antiparasitário), Neomicina+Bacitracina 5mg+250UI/g (Antibiótico), Omicina+Bacitracina 5mg+250UI/g (Antibiótico), Paracetamol 500 mg (Antitérmico/analgésico), Ranitidina 150mg (Anti ulceroso), Salbutamol 2mg (Broncodilatador), Sulfa+Trim. 400mg+80mg (Antibiótico), Sulfato Ferroso 40mg/Fe (Anemia Ferropriva), Captopril 25mg (Anti-hipertensivo), Hidroclorotiazida 25mg (Diurético), Propanolol (cloridrato) 40mg (Anti-hipertensivo), Glibencamida 5 mg (Hipoglicemiante oral), Metformina 850 mg (Hipoglicemiante oral), Etnillestradiol 3,03mg + Levonogestrel 0,15g (Anticoncepcional), Noretisterona 0,35mg (Anticoncepcional) , Levonorgestrel 0,75mg (Anticoncepcional de emergência), Enantato de noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg (Anticoncepcional hormonal mensal), Alfametildopa 250mg (Anti-hipertensivo), Nistatina Creme Vaginal (Antifúngico), Preservativo Masculino 52mm (BRASIL, 2011b).

Em relação aos medicamentos estratégicos, para a tuberculose são disponibilizados: Rifampicina 150 mg, Isoniazida 75 mg, Pirazinamida 400 mg e Etambutol 275mg. Para hanseníase: Rifampicina 300 mg, Dapsona 100 mg e Clofazimina 100 e 50 mg. E para HIV, os seguintes: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Didanosina (ddI), Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Nevirapina (NVP), Efavirenz (EFV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV), Amprenavir (AMP), Lopinavir/Ritonavir (LPV/r), Atazanavir (ATV) e Enfuvirtida (ENF ou T20) (BRASIL, 2006b); (BRASIL, 2009); (BRASIL, 2011c).

Os medicamentos que devem constar nas unidades de saúde alocadas nas penitenciárias são aqueles presentes na RENAME, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011. A aquisição desses medicamentos deverá ser realizada a partir dos protocolos terapêuticos definidos pelo MS, a fim de padronizar os tratamentos direcionados as doenças mais prevalentes, através de cadastros dos pacientes de acordo com a patologia, sendo de fundamental importância que os ambulatórios mantenham atualizados os cadastros de pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, diabetes e outras de notificação compulsória. A compra dos fármacos pode ser realizada através de parcerias entre os laboratórios oficiais ou de processos licitatórios, e o armazenamento deve ser na farmácia da unidade básica da penitenciária, que deve medir 1,5 m<sup>2</sup> e contar com um profissional farmacêutico responsável para todas as ações em relação à AF (BRASIL, 2010); (BRASIL, 2013c).

Essa assistência deve garantir a disponibilidade total da lista definida por unidade prisional, de forma oportuna, contínua e regular. E as ações de média e alta complexidade, bem como os medicamentos de alto custo deverão ser objeto de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, devendo estar incluídos na Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2005b).

Reconhecendo todos esses aspectos e a necessidade de avaliação contínua das políticas farmacêuticas no Brasil, a partir de setores da sociedade capazes para tal função, é essencial que haja maiores investimentos na pesquisa científica que identifique lacunas no sistema penitenciário brasileiro e possa contribuir para tornar tais ambientes mais salubres (BRASIL, 2001).

Dessa forma, é reconhecido não apenas no meio acadêmico, mas pelo Estado que estudos que buscam avaliar e conhecer em profundidade a realidade dos serviços de saúde vem contribuindo fortemente para o diagnóstico dos entraves, identificando possíveis causas e elegendando as soluções mais plausíveis. Logo, estudos desse tipo contribuem para que a atenção



à saúde alcance sua função primordial, o acesso universal, igualitário e integral ao SUS (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Por fim, é importante ressaltar que a assistência farmacêutica no SUS, no contexto do sistema prisional, demonstra grande relevância, pois entraves como a falta de disponibilidade de medicamentos ou a prescrição inadequada, podem acarretar a interrupção do tratamento, e assim, uma série de prejuízos ao paciente, diminuindo a qualidade de vida e a credibilidade na prestação da assistência, pois o medicamento representa a principal estratégia para a recuperação da saúde.

O e-SUS Hospitalar é o novo sistema de gestão hospitalar do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, desenvolvido para servir como uma ferramenta para geração de relatórios, formulários dinâmicos, painéis de indicadores de gestão, com a finalidade de organizar e otimizar os serviços oferecidos, com prescrição eletrônica e farmácia, para evitar o desperdício e a má administração de medicamentos, além da rastreabilidade, que torna possível identificar e acompanhar toda a medicação do paciente, sendo uma ferramenta que pode ter extrema valia em um ambiente prisional, para um melhor controle da operacionalidade e para avaliar o acesso aos medicamentos (BRASIL, 2014b).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a assistência farmacêutica nas penitenciárias do estado da Paraíba considerando a adequada prescrição e dispensação dos medicamentos essenciais e estratégicos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a forma de aquisição, o tratamento e o uso racional dos medicamentos essenciais e estratégicos na visão de profissionais de saúde e de sujeitos privados de liberdade.

Investigar como ocorre o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais e estratégicos na população privada de liberdade no sistema prisional da Paraíba.

Analisar o local e o processo de dispensação de medicamentos em unidades prisionais.

### **3. CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Considerando o problema de investigação e os objetivos propostos, este estudo é descritivo, de corte transversal, de natureza qualitativa, sendo realizado no período de fevereiro a agosto de 2016.

Os estudos transversais, ou seccionais, são investigações destinadas a produzir recortes instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, tomando por base a avaliação individual do estado de saúde de um membro do grupo. Essa avaliação produz os indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Trata-se de uma investigação epidemiológica em que fator e efeito são observados em um dado momento histórico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

#### **3.2 O CENÁRIO**

O sistema Penitenciário da Paraíba possui uma população carcerária em torno de 8.481 apenados distribuídos entre seus estabelecimentos penais, onde 7.913 são do sexo masculino e 568 são do sexo feminino. O estudo foi desenvolvido na Coordenação de AF da Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba, que é responsável por atender as exigências do PNSSP, destinado a prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira, garantindo o direito à cidadania, e em unidades prisionais da Secretaria de Administração Penitenciária da Paraíba, classificadas como penitenciárias e/ou presídios, excetuando-se as cadeias públicas.

De acordo com a Lei de Execução Penal, os estabelecimentos destinados à reclusão de condenados podem ser denominados de Penitenciária, Colônia Agrícola, Industrial ou Similar, Casa do Albergado, Centro de Observação, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Cadeia Pública. Para tanto, solicitamos a Gerência Executiva do Sistema

Penitenciário - GESIPE e a Gerencia Executiva de Planejamento, Informação e Segurança – GEPLASI encaminhamento as unidades prisionais (BRASIL, 1984).

Para a seleção das unidades prisionais que compuseram a amostra foram elaborados critérios de inclusão, a saber: ter em sua estrutura física unidade de saúde, com equipe de profissionais conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; estar localizada no Estado da Paraíba e ter população carcerária inferior a 800 apenados (por questão de segurança e viabilidade). Portanto, serão realizadas coletas de dados na Coordenação de Saúde Penitenciária da Paraíba e nas seguintes instituições prisionais (SEAP, 2015):

CIDADE	UNIDADE PRISIONAL
João Pessoa	Penitenciária PB1 (Dr. Romeu Gonçalves de Abrantes) e PB2 - João Pessoa (411 presos) Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão - João Pessoa (375 presas)
Campina Grande	Penitenciária Regional Padrão Campina Grande (Máxima) - Campina Grande (645 presos)
Santa Rita	Penitenciária Padrão de Santa Rita - Santa Rita (336 presos)
Guarabira	Penitenciária Regional João Bosco Carneiro - Guarabira (272 presos)
Patos	Penitenciária Regional de Patos (Romero da Nóbrega) - Patos (316 presos)
Cajazeiras	Penitenciária Padrão de Cajazeiras - Cajazeiras (194 presos)

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em cada unidade prisional que possuía equipe de saúde implantada, entrevistamos profissionais de saúde e apenados, com o objetivo de compreender o acesso e uso de medicamentos na visão dos mesmos, descrevendo a existência de serviço de dispensação e a operacionalidade no acesso a medicamentos nas unidades de saúde penitenciária no estado da Paraíba. A amostra de apenados foi composta por indivíduos, homens e/ou mulheres, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar nas unidades prisionais, condenados a

regime fechado e que faziam uso de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e estratégicos (TB/HAN/HIV) há pelo menos três meses, em função do uso das medicações, sendo entrevistados 43 sujeitos privados de liberdade.

E a amostra dos profissionais de saúde foi composta por aqueles da Coordenação de AF da Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba, pelos médicos que prescrevem e os enfermeiros que trabalham nos serviços há pelo menos 06 meses, por serem os profissionais responsáveis pelo diagnóstico e pela continuidade do tratamento, e para assegurar que tenham experiência e conheçam o serviço de forma satisfatória, desta forma, foram entrevistados 14 profissionais, totalizando 57 entrevistados. A quantidade de entrevistas foi encerrada de acordo com o método de saturação teórica, ou seja, quando as informações obtidas apresentarem-se redundantes ou repetidas.

A saturação indica o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão dos fatores estudados. Sendo assim, a coleta de dados deve ser interrompida quando não são mais observados elementos novos para subsidiar a teorização almejada ou possível, portanto, existe saturação teórica quando a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para aprofundar a teoria estudada (FONTANELLA et al, 2011).

### 3.4 INSERÇÃO NO CAMPO

Considerando o mérito técnico-científico, realizamos uma visita à Gerência de Saúde e a Gerência Executiva de Ressocialização da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. Nesta ocasião, apresentamos o projeto de pesquisa e o interesse, de nossa parte, em desenvolvê-lo nas unidades prisionais. Disponibilizamos uma cópia de nosso projeto de pesquisa e solicitamos que após leitura nos fosse concedida à devida autorização, para prosseguirmos às demais etapas.

Um novo encontro foi agendado para que nesse ínterim fosse possível a leitura do projeto e o conhecimento dos objetivos da pesquisa. Acreditamos que o apoio dos setores envolvidos, direta ou indiretamente, foi de extrema relevância para a consecução e efetivação da pesquisa.

### 3.5 COLETA DE DADOS

Após a devida autorização pelas instituições CEP e SEAP (Secretaria Estadual de Administração Penitenciária), prosseguimos a pesquisa no âmbito das unidades prisionais. Seguimos, então, para cada unidade para agendar encontro com os diretores das penitenciárias e presídios para reconhecimento do local e pactuação para coleta de dados com profissionais e apenados que faziam uso das referidas medicações.

Na primeira fase da pesquisa, foi empreendido levantamento nos prontuários para verificar a prescrição de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e estratégicos (TB/HAN/HIV). Realizamos ainda uma inspeção local para avaliar as instalações e verificamos a existência de local destinado à dispensação de medicamentos.

No que se refere à operacionalização, observamos os sujeitos envolvidos na dispensação, o uso dos medicamentos pelos apenados, o manuseio de dose supervisionada e a entrega fracionada. Para auxiliar na descrição e compreensão desse processo, lançamos mão do diário de campo, que se constitui do relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, vivencia e pensa no decurso da coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Concluída esta etapa, prosseguimos para a segunda fase da pesquisa com a realização de entrevista, com objetivo de compreender a forma de aquisição, a garantia de continuidade do tratamento e o uso racional dos medicamentos essenciais e estratégicos na visão de profissionais de saúde e de apenados.

O roteiro de entrevista foi elaborado para atender aos objetivos da pesquisa. Todavia, a equipe julgou conveniente realizar, após a construção da primeira versão, um estudo piloto para verificar a conformidade dos procedimentos previstos para coleta e análises dos dados. Nesse sentido, após o momento inicial foi necessário realizar adequação na linguagem utilizada para os sujeitos privados de liberdade.

Todas as entrevistas foram realizadas nos serviços, em horários individuais previamente agendados e de comum conveniência, tanto para nós como para a instituição.

Os indicadores qualitativos foram: prescrição adequada (com discriminação sobre o modo de utilizar: via, dose, período), dispensação apropriada (com entrega mediante receita, garantia do recebimento dos medicamentos dentro dos padrões de qualidade e segurança - armazenamento e acondicionamento corretos, dentro do prazo de validade - e orientações relacionadas ao uso e armazenamento, que promovam a utilização correta), uso racional (necessidade de o paciente receber o medicamento apropriado, na dose correta, por adequado

período de tempo, para assim proporcionar uma maior garantia de benefício terapêutico (eficácia e segurança), contribuindo para a integralidade do cuidado à saúde), e possibilitaram a avaliação do acesso a medicamentos nas unidades prisionais, traduzindo a realidade e complexidade da garantia do direito à saúde.

Como instrumento de coleta, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com uma ficha de identificação para que o perfil das doenças pudesse ser conhecido (Apêndice A), sendo feita de forma individual e audiogravada para evitar interrupções e compreensões equivocadas. A transcrição dos áudios foi feita logo após a entrevista, para que não ocorresse perda da essência do que foi dito. Para garantir o sigilo e anonimato, as entrevistas foram numeradas em ordem sequenciada de realização e identificadas de acordo com as cidades ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ), com os apenados (1, 2, 3, 4, 5...) e com profissionais (a, b, c, d, e...), sendo de conhecimento somente da pesquisadora.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após concluir as entrevistas, realizamos uma síntese do conjunto das discussões para a análise. As falas foram organizadas em categorias para orientar a interpretação, segundo a análise de conteúdo, de acordo com o referencial teórico proposto por Bardin (BARDIN, 2009). Para o autor, a análise pressupõe um conjunto de técnicas de análises, que pretende obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição de conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens. Por ocasião do processo de tratamento, o conteúdo das falas possibilitou a identificação dos temas. A partir deste momento, iniciamos o processo de análise e de aproximações conceituais.

A análise dos dados envolve várias etapas para que se possa conferir significação aos dados coletados. Essas etapas são organizadas em três fases (SILVA; FOSSÁ, 2015):

- 1) pré-análise: é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas, sendo realizada por meio da leitura geral do material eleito para análise.

Esta fase compreende:

- a) leitura flutuante: é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas;
  - b) escolha dos documentos: consiste na definição do corpus de análise;
  - c) formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados;
  - d) elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado;
- 2) exploração do material: consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas.

As unidades de registro foram compostas pelos parágrafos de cada entrevista, assim como os textos de documentos e as anotações de diários de campo. Após a identificação das palavras-chaves desses parágrafos, foram feitos resumos para realizar uma primeira categorização.

Assim, o texto das entrevistas foi recortado em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos), agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitaram as inferências. Por este processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar outros significados.

- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: consiste em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa foi realizada por meio da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba com emissão do parecer favorável, apresentando o CAAE de número 20476213.4.0000.5187 (Anexo A).

Há de se registrar que no desenvolvimento de pesquisas que envolvem seres humanos, é fundamental o cumprimento das exigências preceituadas pelo Conselho Nacional de Saúde,



na Resolução 466/2012. Nesse sentido, durante a pesquisa, os colaboradores foram esclarecidos, repetidas vezes e sempre que se fez necessário, de que eram livres para participarem do estudo estando cientes do nosso objetivo e do direito de interromper sua participação, no momento que lhes conviesse. Além disso, seguimos as observâncias éticas e assinamos um termo de compromisso que se refere à garantia da privacidade, do anonimato e do sigilo das colaboradoras. Por esta razão, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo B), ficaram de posse de uma cópia devidamente assinada pela pesquisadora, e devolveram uma cópia assinada por eles. Nesta via, foi registrado no anverso da folha o número sequencial de realização da entrevista e/ou aplicação do instrumento, que identificou o sujeito, sendo somente de conhecimento dos pesquisadores o sistema de identificação.

Nada que conste na entrevista foi publicado sem antes ter sido devidamente conferido e autorizado pelos sujeitos, sendo esclarecido que, enquanto colaborador, não lhe cabe direitos autorais por ocasião de uma futura publicação.

## 4. RESULTADOS

### ARTIGO 1\*

Acesso e uso racional de medicamentos no sistema prisional na Paraíba

### ARTIGO 2\*\*

Dispensação de medicamentos no sistema prisional: estratégia para garantir a assistência farmacêutica

\*Artigo formatado em conformidade com as normas do periódico *Investigación y Educación en Enfermería*

\*\* Artigo formatado em conformidade com as normas do periódico Cadernos de Saúde Pública

## 4.1 ARTIGO 1

### Acesso e uso racional de medicamentos no sistema prisional na Paraíba

#### Access and rational use of medicines in the prison system in Paraíba

**Resumo:** Este artigo objetiva avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais e estratégicos na população privada de liberdade no sistema prisional da Paraíba. Estudo de natureza qualitativa, realizado com profissionais de saúde e apenados, entre os meses de fevereiro a agosto de 2016 em sete unidades penitenciárias do estado da Paraíba. O acesso aos medicamentos foi estudado de acordo com a forma de aquisição dos mesmos, bem como as barreiras encontradas para garantir o tratamento contínuo, e o uso racional foi avaliado mediante prescrição adequada, supervisão das doses necessárias e o armazenamento dos medicamentos. A maioria dos entrevistados relatou que as penitenciárias têm se responsabilizado em prover as medicações, outros, porém, afirmaram que têm faltado medicamentos, e que dependem da família para garantir o acesso. Verificou-se que os apenados praticamente não recebem as receitas das medicações prescritas, como também não são orientados por profissionais adequados. A supervisão de doses não é uma prática realizada, e embora haja cuidado com o armazenamento dos medicamentos, estes ficam nas celas, locais com pouca ventilação. Desta forma, o estudo evidenciou que mesmo tendo sido pouca a falta de medicamentos essenciais e estratégicos, outros aspectos para a garantia do acesso e do uso racional são relevantes, como a prescrição adequada, a supervisão das doses tomadas, o armazenamento correto e o acompanhamento para garantir a continuidade do tratamento.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Prisões; Prisioneiros; Uso de medicamentos.

**Abstract:** This article aims to evaluate the access and rational use of essential and strategic medicine in the prison population in Paraíba prison system. Qualitative study, carried out with health professionals and prisoners, between February and August of 2016 in seven penitentiary units of the state of Paraíba. Access to medicines was studied according to the way they were acquired, as well as the barriers found to ensure continuous treatment, and rational use was evaluated through adequate prescription, supervision of necessary doses and storage of medicine. Most respondents reported that penitentiaries have been responsible for providing medication, but others have stated that they have missed medicine and depend on the family to ensure access. It has been found that prisoners are barely receiving the prescriptions of prescribed medications, nor are they adequately trained. Dosage monitoring is not a practice, and although there is care with storage of the medicine, they are in the cells, places with little ventilation. In this way, the study showed that even though there was a lack of essential and strategic medicines, other aspects to guarantee access and rational use are relevant, such as proper prescription, supervision of doses taken, correct storage and follow-up to ensure continuity of treatment.

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Prisons; Prisoners; Drug Utilization.

## INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica (AF) é uma das prioridades da política de saúde nacional. Nesse sentido, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM) através da Portaria GM nº 3.916, em 1998, com objetivo de promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, que são aqueles vinculados aos programas do governo federal, como para hipertensão e diabetes <sup>1</sup> e, em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) através da Resolução nº 338, com objetivo de fortalecer as ações de AF direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no âmbito individual, quanto coletivo, contando com os seguintes eixos estratégicos: garantia de acesso, equidade as ações de saúde e qualificação dos serviços de AF já existentes no sistema, promovendo a articulação entre as esferas do governo <sup>2</sup>.

Compreende-se por AF o conjunto de ações e serviços que objetivam assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e a recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de pesquisa, manipulação, produção, conservação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. Destarte, ao garantir o acesso e orientação adequada uso racional, a qualidade de vida dos usuários pode ser beneficiada <sup>3</sup>. A AF compõe um bloco de financiamento previsto no Pacto pela Saúde, publicado na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 <sup>4</sup>.

Para completar as ações descritas nas políticas no que se refere ao acesso da população aos medicamentos foi criada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que deve ser revisada permanentemente, sendo fundamental para a organização da AF no SUS, visto que apresenta a padronização dos medicamentos como fundamento, facilitando a prescrição uniforme e o abastecimento das farmácias na rede de assistência, resultando inclusive, na redução dos gastos públicos com a aquisição dos fármacos <sup>5</sup>.

Diante dos aspectos citados, destaca-se a importância da AF não ser compreendida apenas como aquisição e distribuição de medicamentos, mas sim englobando aspectos que promovam o acesso da população aos considerados essenciais, o uso racional dos medicamentos e a otimização e a eficácia do sistema de distribuição no setor público <sup>1</sup>.

O conceito de acesso aqui estudado está de acordo com a PNM, que se refere à entrega à população dos medicamentos, mediante adequada prescrição e dispensação, para assim garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos necessária à promoção do uso racional <sup>6</sup>, sendo avaliado em relação à organização dos serviços farmacêuticos nas

penitenciárias, de acordo com os indicadores de acesso: capacidade de aquisição e disponibilidade garantida para a continuidade do tratamento <sup>7</sup>.

Já o uso racional de medicamentos envolve um conjunto de atores, como o Estado, o mercado farmacêutico, os profissionais de saúde e o usuário. Este uso inclui a administração da medicação apropriada para a situação clínica, nas doses corretas, por um período de tempo adequado e com o menor custo possível <sup>8</sup>, estando os indicadores do uso racional relacionados à prescrição, à informação recebida pelos pacientes, com destaque a supervisão da tomada das doses e a aspectos organizacionais <sup>7</sup>, como é o caso do armazenamento dos medicamentos pelos apenados.

No entanto, a situação crônica de insalubridade, a maior prevalência de agravos à saúde, a dificuldade de acesso da população aos medicamentos e o frequente uso indevido comprometem a efetivação de princípios do SUS como a universalidade e a resolutividade, no cenário das penitenciárias. Porém, a saúde no âmbito prisional está garantida desde a publicação da Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210/84 que afirma que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” <sup>9</sup>. Além disso, foi criado o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), reconhecendo a necessidade da inclusão da população carcerária do Brasil na rede de atenção do SUS <sup>10</sup>.

Para avançar na assistência à saúde de apenados, em 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que objetiva promover o acesso deste grupo populacional à Rede de Atenção à Saúde, com um cuidado integral realizado pelos profissionais de saúde, de forma humana e qualificada. No mesmo ano, a Portaria nº 2.765 foi publicada, dispondo sobre as normas para financiamento e execução do componente básico da AF no âmbito da PNAISP, afirmando que a oferta de medicamentos terá como base a RENAME e que o financiamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), que repassará os recursos, por meio do Fundo Nacional de Saúde, aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal para execução descentralizada <sup>11</sup>.

Diante do cenário nacional e, considerando o quadro epidemiológico e a necessidade sempre premente de medicamentos, bem como o compromisso legal e social do governo com a AF, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais e estratégicos na população privada de liberdade no sistema prisional da Paraíba.

## **MÉTODOS**

Estudo de natureza qualitativa, realizado entre os meses de fevereiro a agosto de 2016 em sete unidades penitenciárias do estado da Paraíba, que possuíam em sua estrutura física unidade de saúde, com equipe de profissionais conforme a PNAISP e população carcerária inferior a 800 apenados.

Após liberação da Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) foi agendada inicialmente entrevista com a Coordenadora de AF da Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba. Em um segundo momento, as visitas nas unidades se intensificaram para favorecer a observação do cenário e, findou favorecendo os agendamentos individuais com 13 profissionais, membros das equipes de saúde penitenciária, que trabalhavam na unidade há no mínimo seis meses, para assegurar que tenham experiência e conheçam o serviço de forma satisfatória. Sendo importante ressaltar que um profissional recusou participar da pesquisa.

Agendamos também entrevista com sujeitos privados de liberdade, homens e/ou mulheres que cumpriam pena em regime fechado e faziam uso de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e/ou estratégicos (TB/HAN/HIV) há pelo menos três meses. As entrevistas com os 43 apenados foram encerradas adotando-se a amostragem por saturação, ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição.

A coleta de dados se deu em etapas. No primeiro momento, foi realizado um levantamento nos prontuários dos apenados indicados pelos profissionais para verificar a prescrição de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e estratégicos (TB/HAN/HIV). Concluída esta etapa, a segunda fase foi composta pela realização de entrevistas individuais, com objetivo de avaliar o acesso a medicamentos essenciais e estratégicos, com ênfase na forma de aquisição e continuidade do tratamento, e o uso racional, principalmente relacionado à prescrição, supervisão de doses e armazenamento, em população privada de liberdade no sistema prisional na Paraíba.

A análise das falas seguiu a proposta metodológica proposta por Bardin<sup>12</sup>, e organizou os áudios transcritos em categorias temáticas para orientar a interpretação. Assim, duas categorias emergiram: Caminho da AF nas penitenciárias e Uso racional. A análise dos dados envolveu várias etapas para que fosse conferida significação aos dados coletados, sendo executada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para garantir o sigilo e anonimato, as entrevistas foram numeradas em ordem sequenciada de realização e identificadas de acordo com as cidades ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$ ,  $\zeta$ ,  $\eta$ ), com os apenados (1, 2, 3, 4, 5...) e com profissionais (A, B, C, D, E...), sendo de conhecimento somente dos pesquisadores. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o CAAE nº 20476213.4.0000.5187.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

57 pessoas foram entrevistadas, das quais 13 eram profissionais das unidades, sendo 06 (46,2%) médicos e 07 (53,8%) enfermeiros, também a Coordenadora de Assistência Farmacêutica do Sistema Penitenciário da Paraíba e 43 sujeitos privados de liberdade em uso de medicamentos essenciais e/ou estratégicos. Destes, 35 (81,4%) são homens e 08 (18,6%) são mulheres, 01 (2,3%) tem menos de 19 anos, 04 (9,3%) estão na faixa etária entre 20-29 anos, 19 (44,2%) têm de 30-39 anos, 09 (20,9%) têm 40-49 anos, 08 (18,6%) têm 50-59 anos, 02 (4,6%) tem 60 ou mais anos.

Estudo realizado em uma penitenciária no interior do estado de São Paulo encontrou que a maioria (77,3%) dos apenados tinha idade entre 20 e 39 anos<sup>13</sup>. Analisando este mesmo aspecto, Monteiro e Cardoso<sup>14</sup> afirmaram que de toda a população prisional brasileira em 2010, 58% encontravam-se na faixa de 18 a 29 anos. Percebe-se que o perfil da população carcerária no Brasil é predominantemente de jovens até 30 anos, todavia, o perfil que encontramos difere um pouco, pois a maioria dos sujeitos estudados está na faixa entre 30 e 39 anos.

Quando investigados sobre o perfil das patologias, 21 (48,8%) eram portadores só de hipertensão, 03 (7%) só de diabetes, 08 (18,6%) eram hipertensos e diabéticos, 05 (11,6%) apenas de tuberculose, 01 (2,3%) só de hanseníase, 01 (2,3%) de hanseníase e diabetes e 04 (9,3%) portadores de HIV. Portanto, em alguns casos um único sujeito é acometido por mais de uma patologia.

Em 39 (90,7%) dos 43 prontuários analisados, os médicos foram os profissionais responsáveis pela prescrição dos medicamentos, em 03 (7%) foram enfermeiros e 01 (2,3%) não constava no prontuário quem fez a prescrição inicial. Em relação ao registro de abandono e/ou recidiva, 03 (7%) apenados já haviam abandonado o tratamento, e 40 (93%) não. Desses três que abandonaram, 02 eram portadores de tuberculose e 01 era hipertenso, e o abandono ocorreu justamente por terem saído da penitenciária por um período de tempo.

Na análise dos resultados da investigação emergiram as seguintes categorias: caminhos da AF nas penitenciárias e uso racional.

### **Caminhos da AF nas penitenciárias**

A categoria objetiva discutir aspectos relacionados ao acesso a medicamentos nas unidades penitenciárias. Analisaremos aqui os indicadores de acesso relacionados à capacidade de aquisição dos medicamentos e a disponibilidade garantida para a continuidade do tratamento. Estudos apontam que o acesso à AF não constitui um problema peculiar apenas no âmbito brasileiro, mas também em diversos países, nos quais se observam uma carência relacionada à disponibilidade de medicamentos, principalmente aqueles considerados essenciais<sup>15</sup>.

Diante deste cenário, quando questionados sobre a forma de aquisição dos medicamentos, considerando que a situação de privação imposta pelo ambiente carcerário não necessariamente atua da mesma forma em todos os apenados e a vivência de situações adversas desencadeia, em cada indivíduo, diferentes respostas<sup>16</sup>, alguns apenados relataram:

*Consigo os medicamentos aqui na unidade mesmo. Todo mês chamam a gente, é feita a avaliação e a enfermeira entrega os comprimidos. Às vezes atrasa, mas chega. (γ-17)*

*Aqui é mais difícil atendimento do que remédio. Recebo tudo aqui do presídio. Minha família até diz que aqui é mais fácil que lá fora. (ζ-33)*

Constatamos que determinados sujeitos atestam um acesso garantido aos medicamentos para HAS, DIA, HAN, TB e HIV no próprio sistema penitenciário. Isso corrobora com o que é preconizado pelo PNSSP no que se refere à garantia de fornecimento dos medicamentos de acordo com a necessidade de cada unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna, tendo como referência a RENAME<sup>10</sup>.

Porém, o acesso a medicamentos é um problema global, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população não tenha acesso regular a medicamentos essenciais, sendo, portanto, um problema de saúde pública mundial<sup>17</sup>.

É provável que a observância na prescrição de medicamentos que constam no rol da RENAME, conforme recomenda o Decreto nº 7.508/2011, seja um aspecto que esteja favorecendo o acesso a medicamentos nas unidades penitenciárias do estado, garantindo disponibilidade da lista definida por unidade prisional, de forma oportuna, contínua e regular. Estas listas servem como base para as prescrições dos profissionais de saúde, que devem padronizar de maneira apropriada a sua prática clínica, e para o compromisso do setor público em prover e distribuir de forma contínua as substâncias que compõem essas listagens<sup>18</sup>.



A aquisição desses medicamentos é recomendada a partir dos protocolos terapêuticos definidos pelo MS, a fim de padronizar os tratamentos direcionados as doenças mais prevalentes, através de cadastros dos pacientes de acordo com a patologia, sendo de fundamental importância que os ambulatórios mantenham atualizados os cadastros de pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, diabetes e outros agravos de notificação compulsória <sup>5</sup>.

Além de referirem acesso, alguns apenados afirmaram que existe uma disponibilidade garantida para a continuidade dos tratamentos:

*Eu tenho que agradecer o que fizeram por mim, cuidando da minha saúde, desde o início nunca deixei de receber o remédio que necessito. Aqui quando eles fazem o atendimento e encontram doenças que preocupam como pressão alta, tuberculose, AIDS, não fica ninguém sem tratamento. (β-6)*

*Aqui todo mês é certinho, ela chama pra fazer a avaliação, entrega o remédio, faz exame e acompanha a minha pressão e diabetes e entrega o remédio do mês todinho. (γ-17)*

Essas falas demonstram satisfação com a assistência prestada no que se refere ao recebimento da medicação. Todavia, alguns autores analisam que devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ao receio dos pactos de silêncio nas unidades, a assistência presente nas unidades de saúde, por mínima que seja, pode ser enaltecida, calando as reclamações e demonstrando gratidão <sup>16</sup>.

Em algumas unidades, além de mencionarem textualmente a satisfação com o recebimento dos medicamentos essenciais e estratégicos, enfatizam que as faltas de medicamentos e/ou interrupções nos tratamentos não acontecem:

*Pra mim até agora nunca faltou. (α-4)*

*Não, até agora nunca chegou a faltar. (ζ-34)*

Alguns profissionais também relataram que esta falta não ocorre:

*Tem todas as medicações. Como atenolol, hidroclorotiazida, captopril, até porque se falta no estado, o acesso pra o município é fácil pra essas medicações, a gente nunca passou aperto com elas não, nem TB nem HIV, sempre ta suprido. (α-A)*

*Não, pra essas patologias não falta. (η-L)*

Essas falas demonstram que mesmo diante do contexto prisional, a gestão tem se preocupado com a manutenção do acesso aos medicamentos essenciais e estratégicos para os apenados, podendo ocorrer devido à preocupação existente em cumprir o que é preconizado pelo PNSSP e pela PNAISP, no que concerne a aquisição dos medicamentos para os sujeitos privados de liberdade <sup>10,11</sup>.

A penitenciária delta se destacou, pois todos afirmaram que não faltam medicamentos essenciais e estratégicos:

*Nunca faltou não.* ( $\delta$ -26)

*Não, pra mim nunca faltou não, sempre tem.* ( $\delta$  -28)

*Existem medicamentos suficientes, principalmente para hipertensos, diabéticos e TB, não falta de maneira nenhuma, tem pra os 30 dias. Quando falta uns oito comprimidos, principalmente de TB, eu já pego antes, pra não deixar faltar, porque é um tratamento que, do mesmo jeito hipertenso, a gente já pega naquela quantidade que já vai dar, que eles não ficam sem medicação.* ( $\delta$ -F)

Desta forma, pode-se inferir que a penitenciária está com o cadastro de usuários atualizado em relação ao número de pessoas presas vinculadas às equipes de saúde, conforme proposto pelo PNSSP, que prevê o fornecimento regular de kits de medicamentos essenciais com a quantidade estabelecida de forma proporcional aos apenados <sup>10</sup>.

Corroborando com este estudo, uma pesquisa desenvolvida na atenção básica de saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul revelou que a maioria da população entrevistada evidenciou um bom cuidado proveniente da atenção básica, destacando as relações interpessoais e um cumprimento adequado das práticas preconizadas e desenvolvidas pela legislação vigente <sup>19</sup>.

Contudo, diversos apenados e profissionais de outras penitenciárias, quando questionados sobre esse aspecto, afirmaram que faltam sim medicamentos:

*Sucessivamente sempre falta alguma coisa, o Captopril, aí eu fico sem tomar, fica a critério de Deus.* ( $\varepsilon$ -30)

*Teve um tempo que faltou e eu tive que pedir uma receita a médica, ela solicitou, eu encaminhei pra minha filha e ela foi e pegou na farmácia lá no centro da cidade.* ( $\eta$ -42)

*Pra hipertensão e diabetes nunca vem numa quantidade suficiente, sempre falta, aí tem muitos que a família traz, mas tem uns que não recebem visita e ficam dependendo do que é dispensado aqui, às vezes falta, por exemplo, não vem uma medicação que ele tava usando, eu tenho que trocar por outra que esteja vindo pra poder ele continuar o tratamento.* ( $\beta$ -C)

*Pra tuberculose, HIV, a gente não tem problema, mas como dependemos do kit da atenção básica, que vem do Ministério da Saúde, a partir do momento que falta, falta pra todo mundo. Não vou dizer a você que não falta. Tem mês que a gente não tem Captopril, mas a gente dá um jeito, consegue no PSF, e quando não tem, a gente entra em contato com a família pra eles trazerem.* ( $\gamma$ -D)

Observa-se que a garantia das medicações não está presente em todas as unidades, e quando a penitenciária não fornece, ou eles ficam sem tomar ou dependem de outra forma de aquisição, que pode demorar e comprometer a continuidade do tratamento. Este é um problema que decorre da situação do sistema prisional brasileiro, que possui diversas falhas de organização do sistema de saúde e deficiências de gestão, limitando a ação da tecnologia e, conseqüentemente, aumentando a incidência e prevalência de doenças marcadas pelo contexto social<sup>13</sup>.

Em um estudo realizado com hipertensos na Bahia, 25,4 % dos entrevistados relataram que um dos principais motivos para o abandono do tratamento foi a falta de medicamentos, e esse fator pode provocar diversas complicações, o que somente contribuirá para o aumento da prevalência no país, principalmente relacionadas às complicações, internações e mortes relacionadas às doenças crônicas<sup>20</sup>.

Porém, a PNM estabelece diretrizes, prioridades e responsabilidades relacionadas à AF para os gestores federal, estaduais e municipais do SUS, sendo as Secretarias Municipais de Saúde responsáveis por realizar a guarda, o gerenciamento e a dispensação dos medicamentos, e cabendo ao MS fornecer de forma gradual o quantitativo dos medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes cadastrados pelos municípios<sup>6,20</sup>.

Como relatado, para garantir o acesso, alguns apenados ficam dependentes da família:

*Minha família compra e deixa aqui. (α-3)*

*Minha esposa vai buscar no posto, deixa na direção e eles me entregam. (α-5)*

Convém registrar que esses apenados que garantem o acesso graças à família foram admitidos no sistema com diagnóstico fechado e já em uso de uma medicação que não consta no presídio:

*É que aqui não tem o medicamento. (β-38)*

Parece que quando os apenados já faziam uso das medicações antes da prisão, os profissionais utilizam esse aspecto para justificar o fato do sistema penitenciário não assumir a responsabilidade pela entrega, atribuindo ao sujeito a responsabilidade pela aquisição, contudo, deveriam ser realizadas as substituições necessárias dessas medicações, para assim cumprir o que afirma a lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 que estabelece que as prescrições realizadas devem estar em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas nos protocolos clínicos para as doenças, ou seja, os profissionais precisam utilizar a lista de medicamentos proposta pela RENAME para basear suas prescrições, pois nela estão os medicamentos fornecidos pelo governo<sup>21</sup>.

Desta forma, por mais que parte dos medicamentos que os apenados utilizavam anteriormente a prisão não conste na RENAME, é necessário avaliar a possibilidade terapêutica de substituição desses medicamentos, para que assim o sistema se responsabilize pela entrega. E o fato disso não estar acontecendo evidencia a necessidade de proporcionar treinamentos e educação continuada para os profissionais, voltados para o gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados, farmacologia e farmacovigilância <sup>6</sup>.

Alguns sujeitos, quando questionados sobre o que é feito quando faltam medicamentos, revelaram que ficam sem tomar:

*Fiquei sem tomar, passando mal até conseguir. Dois dias ainda dá, mas se passar de dois dias eu baixo logo hospital.* (ζ-33)

*Fiquei sem porque não tinha.* (η-41)

Muitos, por não ter família, ou por a família não ter condições financeiras de comprar ou por não morar por perto, realmente ficam sem tomar o medicamento prescrito para o tratamento, comprometendo a garantia de acesso aos medicamentos. Isso rompe a continuidade do tratamento e afeta a efetividade da terapia medicamentosa, além de gerar impacto para as políticas públicas e para o sistema de saúde, como maiores custos com internações hospitalares de alta complexidade <sup>8</sup>.

Um estudo realizado por Portela et al <sup>15</sup> apontou que a falta de medicamentos para o tratamento de doenças frequentes compromete a situação de saúde da população, tornando ainda mais complicado o estado de saúde daqueles que não conseguem seguir o tratamento. Tudo isso aponta falha do setor público na provisão de medicamentos, uma vez que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais.

Em algumas situações, os próprios profissionais se mobilizam para providenciar as medicações:

*Já aconteceu sim de faltar medicação de HAS e foi realizada uma cota junto com a equipe e a direção e essa medicação foi comprada.* (η-K)

*Já teve casos de a gente se reunir e comprar, porque é melhor do que ele surte lá dentro e piore a situação pra todo mundo.* (α-A)

O ambiente prisional não proporciona condições muito favoráveis para a promoção e continuidade da saúde, pois apresenta problemas no acesso e resolutividade dos serviços, uma demanda incompatível com o quantitativo e qualificação dos profissionais, com também uma precária estrutura física, com poucos equipamentos e insumos disponíveis. Devido a esse

contexto, muitos profissionais acabam realizando mais do que seria sua responsabilidade, para tentar proporcionar a continuidade do tratamento e o bem estar do paciente <sup>22</sup>.

Além das falas já citadas, o profissional da coordenação, que é o responsável pela distribuição de medicamentos para as penitenciárias da Paraíba, confirmou essa insuficiência de medicamentos: *O número de apenados varia muito e isso dificulta uma atualização constante da relação da quantidade de medicamentos necessários para cada unidade, fazendo com que, muitas vezes, não vá medicamentos suficientes para todos.*

Um dos motivos da escassez de medicamentos pode ser a superlotação dos presídios, pois o número de apenados cresce e varia tão rapidamente que a administração não consegue garantir todos os medicamentos necessários, tornando a assistência uma tarefa árdua e longe de ser adequadamente prestada, entretanto, a realização de um planejamento adequado poderia evitar maiores problemas com a demanda. A falta desses medicamentos dificulta a assistência a saúde e a melhoria da qualidade de vida dos detentos <sup>13</sup>.

Por fim, os profissionais foram questionados sobre as facilidades e dificuldades para garantir o acesso aos medicamentos. Dentre as facilidades apontadas, relataram principalmente a competência e boa articulação da equipe de saúde e da direção, que não medem esforços para tentar garantir as medicações e o controle contínuo do tratamento dos detentos:

*Ainda bem que a gente tem uma parceria boa com a diretora, não é todo diretor que dá apoio a equipe, e aqui o que a gente precisa ela faz pra ajudar, só quando não pode mesmo, a gerência também, junto com a secretaria de saúde dá um apoio muito grande, quando a gente tem alguma dificuldade eles correm atrás e tentam conseguir. (γ-D)*

*Uma das facilidades é a equipe que é muito boa, (...) muito competente, a enfermeira é muito resolutiva, então tudo que ta faltando liga pra gerência, sempre articulando, ninguém fica acomodado, então eu acho que a facilidade é a equipe ser muito boa, competente e comprometida. (γ-E)*

Os profissionais relataram que a articulação entre a equipe e a administração é um ponto favorável, pois o trabalho entre a equipe de saúde deve ser desenvolvido de forma coletiva, cooperativa e multiprofissional, sendo importante o estabelecimento de relações humanas sustentáveis entre os membros da equipe, para assim garantir uma melhor assistência à saúde da população.

Porém, um estudo desenvolvido por Lanzoni e Meirelles <sup>23</sup> apontou que as relações no trabalho em equipe nem sempre são harmoniosas, destacando que existem momentos de conflitos que surgem pela variedade de opiniões e posturas, muitas vezes pelo fato de alguns

profissionais controlarem toda a organização do serviço e outros se acomodarem, não realizando suas funções de maneira adequada nem priorizando a responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, o que provoca descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional, e evidencia a desarticulação entre as ações curativas, educativas e administrativas.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelo sistema penitenciário para garantir o acesso a medicamentos os profissionais relataram:

*A dificuldade maior pra mim é a quantidade de medicamentos que não vem suficiente, e quando o apenado não tem visitas não tem condições de comprar a medicação, então a gente fica sem saber o que fazer. Muitas vezes recorremos aos dispositivos que podem dar um suporte, como a Unidade de Saúde mais próxima. (β-B)*

*São muitas dificuldades, eu faço o pedido pra um mês, se eu não pegar o meu carro e for lá pegar a medicação não chega, porque nunca tem um carro, o transporte do estado sempre ta quebrado, sempre tem algum problema. A gente tenta a parceria com a Secretaria, quando falta, que no momento ta sempre faltando, aí o médico traz amostra grátis e a gente vai se virando como pode com os que não podem comprar, os mais caros não dá pra gente fazer cota, mas nos transtornos mais graves a gente faz as cotas pra não faltar, ou pede a família, às vezes a gerência também dá uma força. (ζ-I)*

Em um estudo realizado na atenção primária da cidade de Petrolina - PE foi observado que a falta de medicamentos foi citada por todos os profissionais como um dos principais problemas apresentados nas unidades de saúde, talvez, dentre outras razões, devido a uma seleção inapropriada dos medicamentos, que é o ponto de partida dos fármacos no ciclo da AF de acordo com o MS, sendo fundamental a adoção de critérios eficazes e seguros para a realização de um diagnóstico prévio da área de atuação desses profissionais, como as doenças mais prevalentes, para assim garantir de forma suficiente as medicações necessárias para o tratamento das pessoas daquela determinada área <sup>24</sup>.

Diante do exposto até aqui, percebe-se que o acesso aos medicamentos acontece mediante a disponibilidade dos mesmos, a capacidade de aquisição e aceitação das pessoas, e sua acessibilidade geográfica, levando ao uso racional do produto <sup>20</sup>.

No Brasil, são raros os dados referentes ao acesso a medicamentos pela população, e a maioria dos estudos realizados avalia esse acesso baseando-se apenas na quantidade de medicamentos prescritos que o paciente conseguiu receber ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado, sem uma devida importância para aspectos relacionados ao uso racional e adequado dessas medicações <sup>25</sup>, como será discutido a seguir.

## Uso racional

Essa categoria objetiva discutir o uso racional, que é um processo que abrange diversas tarefas, entre as quais o paciente receber o medicamento adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo apropriado e com o menor custo possível. Vários são os responsáveis para que isto ocorra, ou seja, as indústrias que desenvolvem e produzem os fármacos, o mercado consumidor, os profissionais que prescrevem medicamentos e os seus possíveis usuários <sup>26</sup>.

Durante a coleta de informações nas fichas de identificação, percebeu-se que 15 (34,9%) apenados afirmaram que foram diagnosticados antes da privação de liberdade e 28 (65,1%) já estavam na penitenciária. Também é importante ressaltar que 11 (25,6%) sujeitos descobriram sua patologia no último ano, 14 (32,5%) descobriram entre 01 e 04 anos, 09 (20,9%) entre 05 e 10 anos, 05 (11,6%) já faz mais de 10 anos e 04 (9,3%) não lembraram quando foram diagnosticados.

Magalhães, Lunet e Silva <sup>8</sup> afirmam, em seu estudo realizado na cidade do Porto, Portugal, que poucos são os dados disponíveis sobre indicadores do uso racional de medicamentos, como os referentes à prescrição, à assistência e ao serviço, e, além disso, ainda não se dispõe de informações sobre o conhecimento, a prática e a articulação da equipe multiprofissional em saúde acerca do uso racional.

O fato de 65,1% dos apenados terem sido diagnosticados já na penitenciária pode estar relacionado com a assistência à saúde prestada nestes locais, pois muitas vezes, principalmente pelo fato da maioria dos apenados ser do sexo masculino e possuir um hábito cultural de pouca busca pelos serviços de saúde, os sujeitos não eram acompanhados antes da prisão, mas assim que entram no presídio os reclusos devem fazer alguns exames básicos, como o teste rápido para HIV, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, garantidos na operacionalização do PNSSP <sup>10</sup>, e talvez eles não tivessem acesso a esses exames antes de serem presos.

O atual perfil dos apenados no Brasil tende a ser de jovens, de nível socioeconômico e educacional baixo, procedentes de centros urbanos e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Um estudo realizado em uma penitenciária no Ceará sobre a renda familiar mensal mostrou que 56,1% mencionaram possuir renda mensal de até um salário mínimo e 12,3% possuíam rendimento de, no máximo, R\$ 200,00, evidenciando um aspecto socioeconômico desfavorável e que pode contribuir para a dificuldade no acesso aos serviços de saúde <sup>27</sup>.

A OMS afirma que o uso racional de medicamentos possui como indicadores a prescrição, a informação recebida pelos pacientes, com destaque para a supervisão da tomada

de doses e os aspectos organizacionais, como é o caso do armazenamento dos medicamentos pelos apenados<sup>7</sup>.

Dentre os aspectos relacionados ao uso racional existe a prescrição, que é uma recomendação escrita feita por um profissional legalmente habilitado, contendo orientações do uso para o paciente, como dose, via e horário de administração, devendo ser acompanhada de orientação verbal feita pelo profissional que prescreve<sup>28</sup>.

Vários estudos sinalizam que diversas vezes as prescrições são realizadas de maneiras inadequadas, havendo a recomendação do uso de medicamentos sem a prestação de informações fundamentais para que o tratamento obtenha sucesso<sup>15</sup>. Nas penitenciárias investigadas, os profissionais relataram que apenas a primeira prescrição é feita em duas vias, uma para ser entregue ao apenado e a outra para ficar anexa ao prontuário, as demais ficam apenas no prontuário:

*Em uma via. Quando é essa primeira consulta a gente sempre deixa a receita com eles. (α-A)*

*As prescrições para as medicações que tem na unidade só são feitas em uma via. (η-K)*

Os apenados confirmaram que a prescrição médica fica no prontuário, porém, diferentemente dos profissionais, não afirmaram que recebem a receita na primeira consulta:

*Só o medicamento. A receita fica aqui na ficha, aqui num dá a receita não. (γ-15)*

*Fica com ela aqui, nós não temos como levar. (ζ-32)*

O fato de o estudo ter sido desenvolvido nas penitenciárias aponta algumas características que diferem da realidade vivenciada pela atenção básica para a população em geral. Uma pesquisa desenvolvida por Melo, Silva e Castro<sup>29</sup> em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo mostrou que os pacientes recebem a prescrição no momento da consulta. Contudo, estar na penitenciária, com privação de liberdade e de tomada de decisões, pode prejudicar a organização igualitária do serviço com o ofertado para a população em geral e dificultar que a prescrição seja entregue ao paciente.

Todavia, questiona-se qual o motivo da prescrição não poder ser feita sempre em duas vias, uma para o prontuário e outra para o apenado, para que esse possa sucessivamente ter em mãos as recomendações do esquema terapêutico e esclarecimentos necessários, caso esqueça ou encontre alguma dificuldade para realizar o uso das medicações.

Outro aspecto relevante está relacionado com as informações e orientações recebidas pelos pacientes para o uso adequado das medicações. Os profissionais foram questionados sobre essa característica:



*Não preciso orientar porque já é uso contínuo deles, eles já sabem basicamente como usar. (α-A)*

*A gente orienta e dá a medicação, se não tiver aqui passa receita, se tiver o medicamento aqui a gente dá o medicamento e eles ficam tomando todo mês, avisa pra pedirem antes de acabar. (ε-H)*

*Independente se o paciente começa medicação na unidade ou no hospital de referência, assim que inicia o tratamento é realizada uma conversa com o paciente junto comigo e psicóloga onde se explica o tratamento, quanto tempo vai durar, qual a posologia, quais possíveis efeitos colaterais, e se trabalha a adesão do tratamento pelo reeducando. (η-K)*

Desta forma, observa-se que alguns profissionais afirmam realizar a orientação, outros, porém, supõem que os pacientes já sabem como fazer uso dos medicamentos. No entanto, todas as vezes que uma prescrição é realizada deve ocorrer orientação sobre o modo de usar, pois o uso de medicamentos sem orientação pode causar danos, sendo de responsabilidade dos profissionais que prescrevem indicar o medicamento mais adequado e educar o paciente sobre medidas não farmacológicas que devem ser adotadas, para assim garantir o uso racional dos medicamentos. Além disto, evidencia-se a importância da atuação do farmacêutico no momento da dispensação, para orientar o paciente e evitar o uso irracional de medicamentos<sup>30</sup>.

Para cumprir a prescrição e garantir um tratamento correto, o uso de medicamentos tem que ser contínuo e não deve haver esquecimento pelo paciente, devendo tomar as medicações todos os dias, na dose e nos horários recomendados, para manter constante a atuação do medicamento no organismo. É indicado associar a ingestão dos medicamentos com atividades cotidianas como tomar banho ou escovar os dentes<sup>31</sup>. Desta forma, os apenados foram questionados sobre o esquecimento de tomar as medicações prescritas:

*Quando eu esqueço de tomar a cabeça começa a doer, então eu lembro que foi porque eu não tomei, aí tomo. (γ-15)*

*Às vezes eu me esqueço. Eu sei que deve tomar como o médico mandou. Eu sei que isso pode mudar até os efeitos. Mas eu esqueço sim. (δ-27)*

*Às vezes eu esqueço, num vou mentir, parece coisa de doido não ter o que fazer o dia todo e esquecer. Mas a cabeça não para. Isso mexe muito com o interior da gente. Mas depois eu me lembro de novo, quando eu não tomo de manhã, de noite eu já tomo, até agora graças a Deus não me fez mal não. (ε-29)*

O fato de esquecer-se de tomar a medicação pode prejudicar o sucesso e a continuidade do tratamento, pois cada medicamento é estudado em relação ao tempo que leva para ser absorvido pelo organismo, o tempo de duração do efeito e o modo como é eliminado do corpo, e atrasar o horário do medicamento pode reduzir a eficiência e até mesmo provocar efeitos colaterais <sup>32</sup>.

Além do que se deve considerar o estado emocional em que o apenado se encontra, pois esse fator pode interferir na continuidade do tratamento e na resposta ao uso, como por exemplo, proporcionando o esquecimento da medicação ou ainda só tomá-la quando o detento não se sente bem. Esse aspecto merece muita atenção dos profissionais da saúde, pois devem estar atentos para possíveis esquecimentos, orientando e acompanhando o tratamento <sup>16</sup>.

Considerando essas características e, muitas vezes, a impossibilidade dos sujeitos de compreender e realizar efetivamente as orientações faz-se necessário realizar a supervisão da tomada de doses, tendo como uma de suas estratégias o tratamento diretamente observado (TDO), que consiste em o profissional treinado passar a observar a tomada da medicação pelo paciente desde o início do tratamento até a sua cura, aumentando assim a qualidade na cobertura do tratamento <sup>33</sup>. Sendo um aspecto relevante que pode minimizar os problemas relacionados à dificuldade de cumprir as orientações e ao esquecimento.

Para que isso ocorra um profissional deve ficar responsável pela administração do TDO, e um estudo realizado em vários municípios do Paraná mostrou que os profissionais de saúde relataram falta de tempo para realizar o TDO, pois o enfermeiro está, geralmente, sobrecarregado de atividades, o médico não consegue atender toda a demanda, e nem sempre existem agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes e qualificados para tal função. Mesmo assim, o ACS vem sendo o principal executor do TDO na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por emergir da própria comunidade em que trabalha, facilitando o elo entre a comunidade e o serviço <sup>34</sup>.

Quando os profissionais foram questionados sobre a supervisão de doses, um deles afirmou que não possuía nenhum conhecimento sobre o significado do TDO. Os que tinham conhecimento afirmaram que não existe a implementação da estratégia nas penitenciárias:

*A medicação de tuberculose é entregue todos os dias, mas não é supervisionada, ninguém fica olhando se vai tomar, se tem alguma resposta, mas entrega diariamente os comprimidos, então, é um pseudo supervisionado. Entrega a dose diária, e não a cartela. (...) Numa próxima consulta eu pergunto se ta tomando a medicação, se disser que sim eu pergunto quantos remédios ainda têm, se disser que tem muito, então não ta tomando certo,*

*tem alguma coisa errada, aí eu explico de novo, quando tem pouco demais ou ainda não era pra ter acabado, vejo que ta tomando errado, e vou verificando assim. (α-A)*

*A gente supervisiona a primeira dose, as demais é como a atenção básica, que a gente dá, orienta, não tem como estarmos lá todo dia observando se realmente ta tomando, já aconteceu casos de me dizerem que estão tomando e depois eu descobrir que não tavam, aí reinicia o tratamento, e isso se repete, infelizmente eu não tenho como ta acompanhando. (γ-D)*

A falta de conhecimento do TDO evidencia a relevância dos cursos de capacitação e aperfeiçoamento contínuo para os profissionais, assegurados pelo MS, que possui estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores às necessidades reais de saúde <sup>26</sup>.

Muitas vezes os profissionais se inserem no sistema prisional sem ter uma capacitação adequada e sem estar familiarizados com as especificidades do contexto e da população reclusa, pois não recebem uma formação voltada para pessoas com privação de liberdade, e ao entrar nas penitenciárias se deparam com um ambiente que nem sempre conta com os mesmos recursos humanos e materiais que existem na rede de serviços. Sendo, portanto, fundamental que recebam capacitação apropriada para conseguir reduzir de forma efetiva os problemas de saúde nesta população, que deve iniciar durante a sua formação profissional, sendo incentivados a conhecer melhor o contexto prisional, os agravos mais prevalentes, os desafios enfrentados e as leis e políticas que asseguram a assistência a saúde nos ambientes privados de liberdade <sup>23</sup>.

Alguns profissionais afirmaram que se o comportamento do apenado puder comprometer a eficácia do tratamento, como problemas neurológicos que dificultem a tomada da medicação, a dose é supervisionada:

*(...) dependendo do apenado, se a gente perceber que repassa confiança aí entregamos pra semana, porque às vezes tem apenado que é cooperativo, mas também tem apenado que você vê que não adianta, que não vai tomar, aí a gente já leva na cela e já fica observando ele engolir (...). (ε-G)*

Como visto, supervisionar as doses não é prática ou rotina dos serviços pesquisados, e quando ocorre é realizada pelo profissional enfermeiro:

*Quem dá sou eu (enfermeira), dos pacientes que tem transtorno mental associado (...)*  
(Z-I).

O protocolo sobre TDO traz que é função do ACS realizar a supervisão das doses, ficando sob responsabilidade do enfermeiro orientar os pacientes quanto ao uso da medicação,

acompanhar a ficha de supervisão da tomada de medicação preenchida pelo ACS, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações para o acompanhamento dos casos de tratamento diretamente observado <sup>33</sup>.

Diante destes aspectos, um profissional com função semelhante ao ACS nas penitenciárias, que é o Agente Promotor de Saúde (APS), deve ser orientado e qualificado para ficar responsável por realizar esta função. O PNSSP afirma que alguns sujeitos presos poderão trabalhar como APS, ficando sob a supervisão da equipe de saúde, e tendo como uma de suas atribuições o acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, AIDS e diabetes, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações. Além disto, é recomendado que capacitações e educação permanente desses agentes sejam programadas e executadas <sup>10</sup>.

Desta forma, a realização efetiva do TDO pode atuar diminuindo a sobrecarga nos enfermeiros e facilitando a realização de um trabalho eficaz e que garanta a continuidade do tratamento. Portanto, deve acontecer um monitoramento da situação dos profissionais que executam essas ações, para que não ocorra descontinuidade no atendimento do paciente <sup>33</sup>.

Por fim, em relação ao indicador descrito como aspectos organizacionais, os apenados foram questionados sobre o local de armazenamento dos medicamentos recebidos, sendo o mais comum a própria cela, mais especificamente no local onde eles dormem, como pode ser identificado nas falas:

*Guardo na minha cama, na cela. (α-4)*

*Eu guardo na minha cama, lá na minha cela. (γ-16)*

*Eu deixo guardado numa bolsinha na minha cama. (ζ-35)*

Contudo, esse aspecto não se diferencia dos hábitos das pessoas que não são privadas de liberdade, pois um estudo realizado no estado de Goiás relatou que um dos locais com maior frequência de armazenamento dos medicamentos é o local onde as pessoas costumam dormir <sup>35</sup>.

Percebe-se que os apenados possuem a preocupação de ter um local feito exclusivamente para o armazenamento dos medicamentos, como descrito:

*Eu guardo dentro de uma caixinha de plástico, aí eu coloco todos os meus medicamentos (...). (β-7)*

*Eu guardo dentro de uma sacolinha branca, não misturo com nada, é tudo separado. Mas tem calor. Tem frieza. O local das celas é sem estrutura. Mas eu guardo bem guardado, como dá. (β-21)*

*Lá na cela eu tenho um artefato feito de garrafa PET, pendurado numa corda em cima de onde eu durmo, onde eu coloco os medicamentos. Isso para ficar longe de bichos, goteiras, mofo, sabe. (β-38)*

O que evidencia uma preocupação com o armazenamento, livre de poeira e do sol. Os medicamentos devem ser guardados em locais arejados, secos, seguros e protegidos da luz, e jamais no banheiro, em cima da geladeira, embaixo de pias ou próximo a materiais de limpeza. Destaca-se que mesmo em condições precárias de conforto e higiene, os apenados tentam armazenar os medicamentos corretamente, excetuando-se o fato de ser em um local arejado, já que sacolas, bolsas, caixas e garrafas e até a própria cela não são locais que permitem uma boa circulação do ar <sup>36</sup>.

Fica evidente que falhas relacionadas a qualquer uma das etapas descritas, seja na prescrição, supervisão ou armazenamento dos medicamentos, comprometem o uso racional dos mesmos. Sendo condição primordial, para a melhoria das condições de vida da população, o efetivo tratamento da patologia, através da prescrição e uso adequados dos medicamentos prescritos <sup>28,29</sup>.

## **CONCLUSÕES**

No que se referiu ao acesso e uso racional de medicamentos nas penitenciárias, evidenciou-se que parte dos medicamentos que faltam não constam na lista da RENAME, demonstrando que não há uma substituição adequada dos mesmos, o que pode estar relacionado com a atribuição aos sujeitos da responsabilidade pela aquisição. Sendo importante destacar que aspectos como a prescrição adequada, a supervisão das doses tomadas, o armazenamento correto e o acompanhamento para garantir a continuidade do tratamento não estão sendo cumpridos de forma efetiva.

Desta forma, faz-se necessário que a gestão contribua cada vez mais para o cumprimento da PNAISP, disponibilizando os profissionais necessários para a atenção integral à saúde e, principalmente, capacitações voltadas ao sistema prisional, para aperfeiçoar o trabalho profissional e assim atender as necessidades reais deste grupo populacional segregado.

Este estudo pode contribuir para que a gestão obtenha conhecimentos sobre a realidade atual do acesso e do uso racional de medicamentos nas penitenciárias, identificando as lacunas que podem ser completadas, para que as equipes de saúde aprofundem seus conhecimentos na área e assim garantam uma maior atenção à saúde e qualidade de vida dos

sujeitos privados de liberdade e de suas famílias, de maneira que estas não necessitem se responsabilizar pela compra dos medicamentos que por lei são garantidos pelo SUS.

Por fim, sugere-se a inserção do tema de assistência à saúde penitenciária nas Instituições de Ensino Superior (IES), para que os alunos finalizem as graduações e se tornem profissionais com capacitação adequada para atuar no sistema penitenciário. Como limitação pode-se destacar que apenas os medicamentos essenciais e estratégicos foram pesquisados, e como esses são prioridades para ABS, estão mais disponíveis.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF; 1998.
2. Brasil. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2004.
3. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3):3561-67.
4. Brasil. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Ministério da Saúde (BR). *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil*. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
8. Magalhães A, Lunet N, Silva S. Representações sociais de professores sobre o uso racional de medicamentos. *Arq. Med*. 2014; 28(4): 92-98.
9. Brasil. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF; 1984.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

11. Brasil. 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. Brasília, DF; 2014.
12. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
13. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate*. 2016; 40(109):112-24.
14. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. *Civitas*. 2013; 13(1):93-117.
15. Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev. ciênc. farm. básica apl*. 2010; 31(1):09-14.
16. Araújo FAFM, Nakano TC, Gouveia MLA. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Aval. psicol*. 2009; 8(3):381-90.
17. World Health Organization. *The rational use of drugs, report of the conference of experts (Nairobi nov. 1985)*. Genebra: WHO; 1987.
18. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 2011.
19. Silva TR, Motta RF. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças*. 2015; 23(2):17-25.
20. Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza, MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. *Revista saúde.com*. 2006; 2(1):30-38.
21. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF; 2011.
22. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22(1):36-42.
23. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(3):464-70.
24. Silva Júnior EB, Nunes LMN. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arq. bras. ciênc. saúde*. 2012; 37(2):65-9.
25. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. saúde pública*. 2008; 24(2):267-80.

26. Alencar TOS, Alencar BR, Silva DS, Araújo JSC, Oliveira SM, Souza RD. Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. promoç. saúde.* 2014; 27(4):575-82.
27. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(3):386-92.
28. Barros E, Barros HMT. *Medicamentos na prática clínica.* São Paulo: Artmed Editora; 2010.
29. Melo DO, Silva SRA, Castro LLC. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. *Epidemiol. serv. saúde.* 2016; 25(2):259-70.
30. Marques LAM, Borges M, Silva LC, Marques LAM. A importância do farmacêutico para o uso racional de medicamentos em crianças e adolescentes. *Revista saúde.com.* 2013; 9(4):253-63.
31. Dias EG, Silva EJF, Lima FN, Anjos ECF, Alves JCS. Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da hipertensão. *Rev. interdisciplin.* 2015; 8(3):39-49.
32. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
34. Cecilio HPM, Marcon SS. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. *Rev. enferm. UERJ.* 2016; 24(1):1-6.
35. Silva JR, Paiva AS, Souza M de. Avaliação do uso racional de medicamentos e estoque domiciliar. *Ens. ciênc: ciênc. biol. agrár. saúde.* 2012; 16(1):109-24.
36. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos. *Orientação farmacêutica no uso de medicamentos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009.



## 4.2 ARTIGO 2

### Dispensação de medicamentos no sistema prisional: estratégia para garantir a assistência farmacêutica

**Resumo:** Este artigo objetiva analisar o local e o processo de dispensação de medicamentos em unidades prisionais. Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido em sete penitenciárias do estado da Paraíba, sendo entrevistados profissionais de saúde e sujeitos privados de liberdade, e os resultados foram categorizados na perspectiva da análise de conteúdo. A dispensação de medicamentos foi definida através da entrega mediante receita, da garantia do recebimento dos medicamentos dentro dos padrões de qualidade e segurança e das orientações relacionadas ao uso e armazenamento. A maioria das penitenciárias não possui farmácia, e quando existente, não cumpre os requisitos mínimos de estrutura e limpeza propostos pelo Ministério da Saúde. O processo de dispensação dos medicamentos varia de acordo com os profissionais de cada penitenciária, com a patologia do apenado e com o comportamento do mesmo, sendo limitado pelo ambiente prisional e pela falta de profissionais capacitados, e mesmo com as garantias políticas para efetivação da assistência farmacêutica, a gestão ainda falha na responsabilidade de prover as medicações. Desta forma, os resultados mostraram que a inexistência de farmácias e do cumprimento legal da presença do profissional com habilidade e competência técnica para realizar a dispensação são fatores relevantes para o conhecimento acerca da assistência farmacêutica no sistema prisional.

**Palavras-Chave:** Assistência Farmacêutica; Prisões; Boas Práticas de Dispensação.

## INTRODUÇÃO

Para efetivar a assistência farmacêutica (AF) no SUS e com objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos, com a necessária segurança, eficácia e qualidade destes e a promoção do uso racional, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Portaria nº 3.916/98) <sup>1</sup> e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Resolução nº 338/04) <sup>2</sup>.

Anteriormente, a AF era restrita à aquisição e à distribuição de medicamentos. Nesse sentido, as políticas proporcionaram ampliação do processo, como a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, devendo estar fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos <sup>3</sup>.

Na atualidade, a AF não se restringe aos métodos de abastecimento de medicamentos. Possui um caráter sistêmico e multiprofissional, que implica em promover a necessária

articulação dos diversos procedimentos, com objetivo de assegurar a oferta de medicamentos, segundo critérios de necessidade, qualidade, quantidade, risco e custo benefício, visando à utilização racional dos medicamentos na atenção à saúde <sup>4</sup>.

Em relação à AF no SUS, fazem parte as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização, prescrição e dispensação. Estas deverão favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos <sup>3</sup>.

Nesse sentido, a dispensação de medicamentos é uma das etapas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu manual de medicamentos para um consumo racional de fármacos, sendo de extrema importância que seja acompanhada de informações relevantes para uso adequado <sup>5</sup>.

Para otimizar esta etapa, o referido manual recomenda, como estratégia, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que lista os medicamentos que atendem às necessidades de saúde prioritárias da população. Assim, as ações de AF no SUS promovem o acesso e uso seguro e racional de medicamentos, pois o governo subsidia a produção para reduzir os custos, a fim de ampliar o acesso da população ao tratamento recomendado <sup>6</sup>.

Com o direito de acesso aos medicamentos garantido para toda a população brasileira, o âmbito prisional está incluso, e desde a publicação da Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210, de 11 de julho de 1984, “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” já era assegurada <sup>7</sup>.

Para estruturar a assistência à saúde de sujeitos privados de liberdade e atender a recomendação legal, o governo brasileiro publicou a Portaria nº 1777/03, estabelecendo o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) <sup>8</sup>. Com experiência exitosa de implantação de equipes previstas no PNSSP, em 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que objetiva promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, com um cuidado integral realizado pelos profissionais de saúde, de forma humana e qualificada <sup>9</sup>.

Considerando o processo de qualificação da AF no contexto do SUS, o objetivo desta pesquisa foi analisar o local e o processo de dispensação de medicamentos em unidades prisionais.

## MÉTODOS

Estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido em sete penitenciárias do estado da Paraíba subordinadas a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP), entre os meses de fevereiro e junho de 2016. Para seleção das unidades foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter em sua estrutura física unidade de saúde, com equipe de profissionais conforme a PNAISP e ter população carcerária inferior a 800 apenados.

As instituições prisionais foram visitadas em momentos distintos, objetivando compreender a rotina do serviço. Durante as visitas iniciais foram realizadas observações referentes à estrutura física da farmácia ou ao local destinado ao armazenamento e dispensação dos medicamentos, com todas as informações sendo registradas no diário de campo, que se constitui em uma ferramenta metodológica com o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, vivencia e pensa no decurso da coleta de dados <sup>10</sup>.

Nas visitas subsequentes, foram entrevistados profissionais de saúde, sujeitos privados de liberdade e a Coordenação de AF da Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário da Paraíba, com objetivo de compreender o processo de dispensação dos medicamentos essenciais (HAS/DIA) e/ou estratégicos (TB/HAN/HIV). Para seleção dos sujeitos os critérios foram os seguintes: os profissionais de saúde deveriam ter um tempo mínimo de seis meses de serviço na unidade e, os apenados, seriam homens e/ou mulheres condenados a regime fechado e que fizessem uso dos referidos medicamentos há pelo menos três meses.

As entrevistas, agendadas considerando a conveniência de sujeitos e rotina do serviço, foram audiogravadas e possuíam questões referentes à dispensação de medicamentos, com entrega mediante receita, garantia do recebimento dos medicamentos dentro dos padrões de qualidade e segurança e orientações relacionadas ao uso e armazenamento, que promovam a utilização correta. Estes aspectos traduziriam a realidade e complexidade da garantia do direito ao acesso à saúde incluindo a AF nas penitenciárias. Todos os profissionais de saúde das referidas unidades foram entrevistados. Para concluir as entrevistas com os apenados foi adotado o método da saturação teórica.

Os resultados foram categorizados na perspectiva da análise de conteúdo. A identificação das unidades de análise foi realizada após a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, sendo agrupadas por semelhança de conteúdo <sup>11</sup>. Posteriormente, realizou-se a decomposição das falas, que foram agrupadas em três categorias.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o CAAE nº 20476213.4.0000.5187. Os participantes do estudo

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de resguardar o sigilo dos participantes da pesquisa, bem como das instituições prisionais, as entrevistas foram numeradas em ordem sequenciada de realização e identificadas de acordo com as cidades ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$ ,  $\zeta$ ,  $\eta$ ), com os apenados (1, 2, 3, 4, 5...) e com profissionais (A, B, C, D, E...), de conhecimento apenas da pesquisadora.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as análises dos resultados, três categorias emergiram: local de armazenamento de medicamentos, processo de entrega de medicamentos e responsabilidades sanitárias para garantir a AF.

### Armazenamento dos medicamentos nas unidades

Esta categoria aborda os aspectos relacionados à estrutura das farmácias. Nesse sentido, após observação *in loco*, foi constatado que nas penitenciárias  $\alpha$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$  e  $\zeta$  não existem farmácias.

A inexistência foi atestada nas falas da coordenação e dos profissionais dos serviços, como pode ser verificado abaixo:

*Os medicamentos ficam guardados fechados nos armários e/ou gavetas sob responsabilidade dos profissionais de saúde. (Coordenação)*

*Os medicamentos ficam guardados nas gavetas dos armários no consultório, porque aqui não tem farmácia. ( $\epsilon$ -H)*

O que as falas relatam foi constatado na observação, pois realmente os medicamentos ficam dentro dos consultórios. No processo de trabalho das unidades não se realiza rotineiramente a organização por ordem alfabética, classe de medicamentos, tampouco se verifica a validade. À medida que os medicamentos chegam às unidades, apenas são colocados no local destinado e inicia-se a distribuição.

Nas unidades  $\beta$  e  $\eta$  existe um local destinado para armazenamento das medicações. Todavia, convém registrar que não possuíam a autorização concedida mediante a Certidão de Regularidade Técnica, emitida pelo Conselho Regional de Farmácia e o Alvará Sanitário, requerido junto ao Serviço de Vigilância Sanitária Municipal, para garantir o cumprimento dos requisitos técnicos e sanitários que abrangem o funcionamento de um estabelecimento de dispensação de medicamentos <sup>12</sup>.

Durante a visita de observação na penitenciária  $\beta$ , constatou-se que o local destinado a farmácia possui abertura direta com o meio externo, uma vez que a janela existente para arejar o local está sem grade ou tela, permitindo a incidência direta de luz solar e a entrada de pássaros e outros animais que podem contaminar o local e inviabilizar o uso dos medicamentos. Já a penitenciária  $\eta$ , mesmo com um local específico para armazenar as medicações e com estrutura física bem próxima dos padrões recomendados, não possuía a organização devida. Sendo possível verificar nas falas que seguem:

*A farmácia é muito suja, tem fezes de pássaros. Já avisamos, mas o agente responsável não está aqui todos os dias e isso inclusive compromete nossa assistência, pois não raras vezes atendemos e não podemos entregar medicação ou atender uma urgência simplesmente por falta de acesso. ( $\beta$ -C)*

*A farmácia fica numa sala atrás dessa porta. Nunca vi, mas muitas vezes a gente precisa e dizem que está fechada. ( $\eta$ -40)*

Portanto, embora atendam a recomendação no que se refere a espaço físico, verificamos a inadequação e/ou desorganização da estrutura da unidade para a farmácia. Observamos que o funcionamento não atende as necessidades dos sujeitos, pois não é compatível com o atendimento dos profissionais. Para a devida instalação da farmácia deve ser considerado a escolha do local, que precisa facilitar o processo de trabalho e o fluxo de pessoas, para assim proporcionar redução dos investimentos, melhor adequação de instalações, e otimização na realização das ações de atenção à saúde <sup>12</sup>.

Sendo assim, é de extrema importância que haja um ambiente destinado exclusivamente às atividades da farmácia, com um local designado à dispensação e orientação quanto ao uso correto de medicamentos, considerando as condições/normas técnicas para conservação e armazenamento necessários para manter a qualidade dos mesmos, e se possível, contar com uma área com balcões e mesas com cadeiras e divisórias, para permitir maior interação entre o farmacêutico e o usuário <sup>12</sup>.

Todavia, um estudo realizado no estado do Espírito Santo apontou que em apenas uma das farmácias pesquisadas utilizava-se exclusivamente uma sala reservada para o atendimento ao paciente, evidenciando falha no cumprimento do preconizado para a estrutura apropriada <sup>13</sup>. Embora seja em cenário distinto de unidade prisional, é possível constatar que as dificuldades e inobservâncias existem nos serviços da rede do SUS, em quaisquer unidades de saúde.

Desta forma, é importante destacar que o ambiente destinado ao armazenamento dos medicamentos precisa ser fechado, em local restrito aos profissionais da farmácia, e possuir área total suficiente para abrigar as estantes onde serão estocados os medicamentos de forma ordenada, segundo as especificações do fabricante, legislação vigente e sob condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade, com a conservação necessária para manter a qualidade dos medicamentos <sup>12</sup>.

É prudente ponderar que para garantir a segurança do ambiente e para proteger os produtos em estoque, farmácias em unidades penitenciárias necessitam de adequações na estrutura. Esse aspecto está assegurado também no PNSSP, que descreve que o armazenamento dos medicamentos deve ser na farmácia da unidade básica da penitenciária, devendo medir 1,5 m<sup>2</sup> e contar com um profissional farmacêutico responsável para todas as ações em relação à AF <sup>8</sup>. Entretanto, a legislação não faz previsão legal de adequação, portanto, as farmácias em penitenciárias devem atender as exigências sanitárias, de segurança e de acessibilidade igualmente àquelas públicas e privadas, de acesso geral na comunidade <sup>12</sup>.

É importante ressaltar que um armazenamento racional aperfeiçoa recursos e assegura a qualidade dos medicamentos. Um estudo realizado em 15 Unidades Básicas de Saúde em Petrolina - PE mostrou que 27% das unidades farmacêuticas apresentavam problemas relacionados ao espaço físico e infraestrutura, como infiltração e umidade, sendo apontados como um dos principais problemas para a implementação da AF nas unidades de saúde. Além disso, o estudo apontou que 40% da área destinada para a dispensação de medicamentos é insuficiente para tal prática, além de que em apenas 7% das farmácias existia bloqueio de acesso de animais e em 40% foi relatado esgoto a céu aberto <sup>4</sup>. Embora as unidades estudadas possuam estrutura diferenciada das penitenciárias, foi observado que entraves são igualmente vivenciados, afinal compõem a rede de serviços do SUS.

Por fim, há de se registrar que nas penitenciárias que possuem farmácias não existe rotina de limpeza do ambiente, além de que, as áreas internas e externas das farmácias não estão em boas condições físicas e estruturais, de modo a permitir a higiene, e, portanto, oferecem riscos aos usuários e funcionários, como se pode observar nas falas a seguir:

*Neste local, devido à falta de higiene, os medicamentos ficam mofados, perdemos, e isso não é porque eles não estejam precisando. É porque não se reconhece o medicamento como componente tão importante quanto médico e enfermeiro na assistência à saúde. (ζ-I)*

*Podem verificar que ventilação, iluminação, higiene estão comprometidos. A entrada de insetos, roedores ou outros animais precisava ser considerada. (β-B)*

As estruturas das farmácias colaboram para o funcionamento adequado das atividades relacionadas à AF, e quando ocorre um déficit nessa área o resultado pode ser a desorganização dos serviços, comprometendo o objetivo das políticas e da assistência à saúde. Desta forma, existem vários desafios associados a uma AF apropriada, tanto no que se refere à sua estruturação quanto no que diz respeito à ampliação do acesso da população a medicamentos. Sendo de fundamental importância a organização dos serviços pelos gestores estaduais e municipais, no sentido de garantir um funcionamento eficiente <sup>4</sup>.

### **Dispensação**

Esta categoria traz aspectos relacionados à realidade das unidades de saúde penitenciária.

Em relação aos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, a dispensação ocupa o papel principal. Ela consiste no ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos ao paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por profissional autorizado. É neste momento que o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, enfatizando aspectos como o cumprimento da dosagem, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos <sup>3</sup>.

Este estudo encontrou que a forma como os medicamentos são dispensados varia de acordo com os profissionais de cada penitenciária, com a patologia do apenado e com o comportamento do mesmo. A penitenciária delta é a única que entrega os medicamentos de forma mais fracionada, independentemente da patologia, como se pode observar nas falas:

*O médico ou a enfermeira me entregam pra passar três dias. (δ-23)*

*A enfermeira me dá quatro tabletesinhos que diz que é pra quatro dias. (δ-24)*

Essa entrega fracionada é fundamental para o sucesso do processo de dispensação, devendo o farmacêutico fazer perguntas ao usuário sobre o processo de uso do medicamento e corrigir eventuais irregularidades, como as relacionadas à indicação, posologia, tempo de tratamento e resultados esperados, além de possíveis reações adversas, interações com medicamentos e alimentos, guarda dos medicamentos e monitoramento quando necessário <sup>12</sup>.

Todavia, a observação constatou e as entrevistas ratificaram que em nenhuma unidade existe farmacêutico responsável pela entrega. Portanto, o processo de dispensação não está sendo cumprido. Para o Conselho Federal de Farmácia a dispensação é o ato realizado pelo farmacêutico para fornecer medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos ao usuário, normalmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por profissional autorizado, devendo acontecer orientação sobre o uso adequado do produto <sup>14</sup>.

Em todas as penitenciárias estudadas a dispensação acontecia no próprio consultório médico, que muitas vezes é também o consultório de enfermagem. Não há preocupação com a privacidade do apenado, pois durante esse momento sempre estavam presentes muitas pessoas no consultório. Além do que, não existe a observância de guardar no prontuário a prescrição médica ou fazer o devido registro. É possível verificar nas falas:

*Aqui apenas entregamos os remédios. Não conseguimos cumprir a etapa de orientações, mas, como muitas vezes eles já tomavam antes de ser presos, ficamos mais tranquilos.* ( $\alpha$ -A)

*A entrega às vezes nem é muito correta, a receita fica aqui e o medicamento é entregue, às vezes fracionado, às vezes a caixa toda.* ( $\epsilon$ -G)

De uma forma geral, o processo de dispensação deveria garantir diversas etapas, podendo-se destacar o acolhimento do usuário, o atendimento e recebimento da prescrição, a validação da prescrição, a separação do medicamento, a checagem da receita com o medicamento a ser dispensado, as anotações necessárias ao processo de informação, a entrega do medicamento, a comunicação com o usuário, fornecendo informações pertinentes ao uso adequado dos medicamentos e o registro do atendimento <sup>12</sup>. Sendo assim, é nítido que algumas etapas não são respeitadas, comprometendo o processo de dispensação.

Quando questionados sobre a regularidade da dispensação, os sujeitos de algumas penitenciárias afirmaram que entregam ou recebem os medicamentos por mês, independente da condição clínica para as patologias:

*Pego para um mês, não só eu, como todos aqui.* ( $\beta$ -38)

*Uma vez por mês eles entregam uma cartela.* ( $\gamma$ -15)

Ao realizar apenas um encontro mensal com o apenado o processo de comunicação e diálogo fica comprometido, dificultando que o profissional identifique as necessidades de informação para cada usuário especificamente, como o nível de conhecimento e experiência do paciente com aquele tratamento. Embora a equipe de saúde seja responsável por corrigir as deficiências de informações que geram problemas na utilização dos medicamentos, nas unidades estudadas elas não conseguem corrigir estes equívocos, mesmo já tendo relatado a gerência de saúde do sistema penitenciária e, mais especificamente à coordenação de AF sobre esses aspectos <sup>12</sup>.

A realização da entrega fracionada evitaria o gasto quando o material fosse recolhido, podendo otimizar o acompanhamento e garantir melhora nos quadros clínicos. Todavia, há de se considerar que o volume de sujeitos privados de liberdade em algumas unidades pode ser um fator que dificulte a realização de acompanhamento diário e individualizado, em função



do quantitativo de profissionais de saúde e agentes penitenciários para atender a demanda, como relatado nesta fala:

*Todo mês os hipertensos e diabéticos sobem, eu verifico a pressão e entrego a medicação pra 15 dias, aí se tiver com pouco agente pra trazer os apenados, nos outros 15 dias eu peço pra um agente entregar, eu mando com o nome e eles já sabem direitinho como tomar. (ζ-I)*

Muitas vezes a entrega é comprometida por faltar agentes de segurança, pois mesmo o profissional de saúde estando presente na unidade, para o deslocamento do preso é fundamental e imprescindível a presença do agente. Na prática, o medicamento pode ser entregue sem profissional de saúde, mas nunca será entregue sem a colaboração efetiva dos agentes de segurança penitenciária.

Outra característica relevante sobre a dispensação está relacionada ao responsável por distribuir as medicações e ao local que a mesma é realizada, sendo feita diversas vezes em vários locais pelos mais variados profissionais:

*A entrega de medicamentos deve ser feita somente pelos profissionais de saúde, e nunca pelos agentes de segurança. Pois isso descumpra as regras de segurança e legislação. (Coordenação)*

*Quem entrega é o enfermeiro mesmo. Também o chefe de farmácia entrega, depende do horário. Venho aqui na unidade de saúde e recebo. (β-12)*

*Os agentes. Geralmente eles dão lá na cela mesmo. (ζ-37)*

*A técnica de enfermagem, a enfermeira também entrega, mas na realidade é assim, se for necessário, qualquer pessoa entrega, no caso da equipe de saúde. (γ-E)*

Apenas duas das sete penitenciárias deste estudo apresentavam um profissional responsável pela farmácia da unidade de saúde. Todavia, em ambas eles ainda não eram graduados em farmácia, nem estavam presentes todos os dias na unidade, delegando a responsabilidade da dispensação para outros membros da equipe de saúde. Nas demais penitenciárias, além de não haver farmacêutico, não existe um profissional responsável pela entrega, sendo atribuição de qualquer membro da equipe disponível no momento.

Considerando as características de entrega dos medicamentos, não é possível nomear a ação nas unidades de dispensação de medicamentos. Corroborando com o encontrado, um estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município baiano mostrou que a dispensação dos medicamentos era restrita apenas à rápida entrega do remédio pelo técnico de enfermagem, sem qualquer comunicação ou orientação ao usuário, além de

que o profissional farmacêutico não estava inserido na equipe de saúde, estando ausente da dispensação e de qualquer outra atividade <sup>15</sup>.

A dispensação de medicamentos é uma atribuição exclusiva do farmacêutico, não podendo ser delegada, pois este profissional é capacitado para estabelecer os cuidados na avaliação e interpretação do receituário, devendo levar em consideração os aspectos terapêuticos, a adequação ao indivíduo, as contraindicações e interações, além de aspectos legais, sociais e econômicos <sup>16</sup>.

Diversos autores relatam que no Brasil, aproximadamente 50% dos medicamentos receitados são prescritos, dispensados ou aplicados inadequadamente, o que torna muito difícil a condução correta da terapêutica medicamentosa, já que as informações repassadas ao paciente durante a consulta são insuficientes, descumprindo a legislação e dificultando o uso racional e seguro dos medicamentos <sup>16</sup>.

Nesse sentido, parece emergente que o profissional farmacêutico seja incorporado efetivamente aos serviços, pois as unidades penitenciárias fazem parte da estrutura do serviço de saúde da AF no município. Dessa forma, o farmacêutico deve atuar junto à equipe multiprofissional na busca da identificação dos problemas, sua hierarquização, estabelecimento de prioridades, definição das estratégias e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados para atingir a dimensão integral da AF <sup>12</sup>.

Vale ressaltar também que os profissionais de saúde não estão todos os dias na penitenciária, desta forma, foram questionados sobre como é realizada a entrega de medicamentos na sua ausência:

*Aos sábados, domingos e feriados deixamos os medicamentos com os agentes de segurança ou com o agente de saúde, que é um apenado e eles dispensam se houver necessidade. (α-A)*

*Considerando nosso vínculo não estamos aqui todos os horários. Quando estamos entregamos, quando não, se for medicação programada, já ficou para ser entregue pelo agente de segurança. (δ-F)*

*Final de semana eles já ficam com a medicação deles lá na cela. (ε-H)*

Diante das falas citadas, constatou-se que nos finais de semana os medicamentos são dispensados por agentes de segurança penitenciária e por agentes de saúde, quando não já ficam com os próprios apenados. Foi observado que quando a entrega é realizada por agentes penitenciários ou por agentes de saúde, muitas vezes é feita na grade de entrada aos pavilhões sem qualquer orientação específica e individualizada. Além do que em nenhum dos

momentos existe a certificação de que os apenados sabem ler para compreender a recomendação de uso.

A dispensação realizada por profissional não capacitado é um fator preocupante, pois o farmacêutico deve informar e orientar o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos. Contudo, estudos sobre a dispensação de medicamentos ainda são escassos no Brasil, mas sabe-se que a informação envolvida durante esse processo é tão ou mais importante que o medicamento recebido pelo paciente. Esta função informativa e educativa da dispensação torna-a peça chave na cadeia da assistência à saúde e constitui uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à farmacoterapia<sup>17</sup>.

Outro aspecto dos serviços técnico-assistenciais é a orientação farmacêutica, que possui como objetivo orientar o uso correto dos medicamentos pelo paciente. Para a realização desse serviço, é importante um ambiente semiprivativo, que permita um diálogo adequado e que ofereça conforto e sensação de acolhimento<sup>12</sup>.

Quando questionados sobre o profissional responsável por orientar o tratamento, apenados e profissionais relataram:

*Quem orientou foi o agente de saúde. ( $\alpha$ -4)*

*O enfermeiro dá as orientações a todos. ( $\beta$ -7)*

*A médica explica como é o uso na hora do atendimento. ( $\delta$ -F)*

*O chefe de farmácia também faz orientações quanto ao uso das medicações. ( $\eta$ -K)*

Poucos são os casos em que é o profissional responsável pela farmácia que orienta o tratamento, porém o farmacêutico deve ter especial cuidado no fornecimento das informações e principalmente garantir que o usuário compreendeu todo o processo de uso do medicamento<sup>12</sup>. Um estudo realizado por Fernandes, Freitas e Melchior (2015) revelou que a dispensação de medicamentos desempenhada por farmacêuticos, proporciona uma condição essencial para o sucesso de qualquer tratamento, considerando a qualidade da orientação fornecida ao usuário do medicamento no momento da dispensação<sup>13</sup>.

### **Responsabilidades sanitárias para garantir a assistência farmacêutica**

A última categoria está relacionada ao compromisso público que o Chefe do Poder Executivo e os dirigentes da saúde devem assumir no âmbito do SUS, aqui especificamente com a assistência à saúde de sujeitos privados de liberdade.

Os serviços farmacêuticos na rede do SUS têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos pelos seus usuários. Para isso, o MS disponibiliza aos municípios o HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica, que é uma

importante ferramenta para a qualificação da gestão da AF, já que possibilita a definição dos fluxos e responsabilidades no processo de trabalho, o registro sistemático das ações e a possibilidade de acompanhamento, em tempo real, do serviço por meio da emissão e avaliação de relatórios que permitem maior agilidade, segurança e controle das atividades aqui descritas <sup>12</sup>.

O MS estabeleceu, em 1999, critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à AF Básica, sendo esse incentivo destinado para a aquisição de medicamentos essenciais nas três esferas do governo. A instância federal é responsável pela implementação e a avaliação da PNM, a instância estadual deve atuar, em caráter suplementar, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da PNM e o município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a atenção básica, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna <sup>1,18</sup>.

Ao entrevistarmos os sujeitos envolvidos, perguntamos de quem seria a responsabilidade por garantir a aquisição e distribuição dos medicamentos, para garantir a AF. A profissional da gestão farmacêutica relatou como acontece a distribuição dos medicamentos para as penitenciárias:

*Cada penitenciária envia uma lista com o nome e os medicamentos dos apenados para a Coordenação de Saúde Penitenciária, e também um carro para pegar esses medicamentos, mensalmente. (...) Vem um mapa pra gente com o nome de quem é hipertenso, diabético, agora essa questão de TB nós só distribuimos em João Pessoa, nos municípios eles pegam lá mesmo, tanto este como HIV. Como vê existe responsabilidade do estado com HA/DIA e os municípios devem arcar com TB, HAN e HIV.*

Não foi possível consultar a Programação Pactuada Integrada (PPI) do Estado e municípios e verificar se a pactuação referida é de conhecimento de todos. No entanto, PNSSP prevê como uma de suas ações o fornecimento de medicamentos, através do planejamento quanto à necessidade e dispensação dos mesmos. Cabe ao MS garantir o fornecimento regular de kits de medicamentos básicos para todas as equipes compostas pelos profissionais citados. Nesse sentido, cada esfera do governo apresenta responsabilidades quanto à aquisição, distribuição e acesso dos apenados aos tratamentos prescritos <sup>8</sup>.

O PNSSP institucionalizou também o programa Farmácia Penitenciária, em 2003, para prover a atenção integral à saúde da população prisional, contribuindo para um maior controle e/ou redução dos agravos mais prevalentes e incidentes à saúde. Para isto, os kits são compostos por medicamentos essenciais (HA/DIA) com a quantidade estabelecida de forma

proporcional ao número de pessoas presas vinculadas às equipes de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) <sup>19</sup>.

Quando questionados se reconhecem de quem é a responsabilidade pelo suprimento, os profissionais confirmaram que acontecem parcerias com os municípios, mas que enfrentam dificuldades:

*Penso que a responsabilidade deve ser de todos, município, estado e governo federal. Aqui temos boas relações políticas e quando o estado não manda o município se vira para garantir e evitar que estes sujeitos não busquem outras instâncias ou serviços da rede. E assim temos conseguido nunca passar aperto com medicações para TB e HIV. (α-A)*

*Temos uma boa parceria com o município. O estado parece não reconhecer nossa existência, acho que é porque estamos longe demais. Mas quando a coisa aperta o município recorre. (ε-G)*

A farmacêutica da coordenação relatou também que muitas vezes cada unidade providencia os medicamentos no próprio município: (...) *muitas vezes são nos municípios, eles pegam lá mesmo, porque as unidades prisionais contam bastante com as unidades de saúde do bairro que estão inseridas, em relação à aquisição de medicamentos básicos.*

Todavia, equipes de saúde relatam extrema dificuldade em acessar a rede de serviço e, por conseguinte, garantir os medicamentos necessários. Segundo estes profissionais, parece que o presídio é um recorte geográfico a margem do município. E se não fossem ações isoladas de profissionais e familiares, a AF estaria relegada à conveniência, descumprindo as responsabilidades sanitárias:

*A gente tem dificuldades, pois nem sempre recebemos todos os medicamentos da farmácia básica, mas a farmácia popular supre melhor. Só que às vezes os profissionais substituem a medicação por uma que tem na farmácia popular e os familiares que pegam. (...) A primeira gerência fez uma parceria com o município e eles fornecem a todas as unidades, tendo obrigação de fornecer aqui no presídio também, por ser uma unidade, mas às vezes falta. (δ-F)*

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) exerce o papel de aprovar a relação dos medicamentos básicos destinados ao atendimento das doenças prevalentes identificadas na atenção básica de cada município. Deste modo, cada estado e seus municípios terão sua relação de medicamentos selecionados, devendo conter o elenco mínimo de medicamentos para pactuação na atenção básica, seja dentro ou fora de unidades prisionais. Já as definições relacionadas ao financiamento envolvem as três esferas de gestão do SUS, sendo discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e os recursos existentes devem ser bem

utilizados na compra de medicamentos realmente necessários e comprovadamente seguros e eficazes<sup>18</sup>.

Os profissionais afirmaram que enviam o mapa com as solicitações dos medicamentos para a devida aquisição tem tempo hábil, mas nem sempre existe um meio de transporte para pegar os medicamentos:

*Eu faço o pedido pra um mês, se eu não pegar o meu carro e for lá pegar a medicação não chega até aqui, porque nunca tem um carro, o transporte do Estado sempre ta quebrado, sempre tem algum problema assim. Ou simplesmente não tem o remédio. (Z-I)*

Os medicamentos dispensados no âmbito do SUS devem ser distribuídos para as unidades de saúde penitenciárias de acordo com o estabelecido na CIB, sendo de inteira responsabilidade da gestão o provimento das medicações, e não dos profissionais<sup>20</sup>.

Pautados nas respectivas responsabilidades sanitárias os entes federados devem implementar uma AF que apóie as ações de saúde e promovam o uso racional dos medicamentos. Para isso, é fundamental analisar o ciclo da AF, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Convém ponderar que não basta entregar os medicamentos aos sujeitos privados de liberdade, há de se analisar todo o ciclo com objetivo de corrigir equívocos e entraves e otimizar os resultados<sup>21</sup>.

Por fim, percebe-se que as responsabilidades são solidárias no que se refere à AF para sujeitos privados de liberdade no ambiente prisional, como está disposto na Portaria nº 2.765/14, que afirma que o financiamento do Componente Básico da AF no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do MS, mas a execução das ações e serviços de saúde é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques e prazos de validade e distribuir e dispensar os medicamentos e insumos, respeitando-se a forma de organização, responsabilidade e financiamento dos Componentes da AF<sup>22</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Uma das formas que se manifesta a desigualdade que marca a sociedade brasileira é o acesso a bens e serviços de saúde. Serviços essenciais, como a disponibilização de medicamentos para a população, principalmente para sujeitos privados de liberdade, são negligenciados. Portanto, essa garantia deve ser uma preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde.

A maioria das unidades não possui farmácia em sua estrutura física. Quando existente, são instalações que não atendem ao preconizado, comprometendo a AF, pois não realizam devidamente a dispensação, armazenamento e correta conservação dos medicamentos. Destarte, na prática, o processo de dispensação está restrito a entrega do medicamento, que é feita por qualquer profissional, não primando pela individualidade no atendimento e humanização da assistência.

Contudo, é evidente que o ambiente prisional possui peculiaridades que dificultam ainda mais o processo necessário para estrutura e dispensação adequadas, como a precariedade de recursos e a falta de profissionais.

No que se refere às responsabilidades sanitárias, existe claramente, no Estado, entraves políticos que vão além das instâncias técnicas administrativas. Isso finda por instalar na prática o descumprimento de atribuições e competências de cada instância de governo. Nesse sentido, o estudo apresenta como limitação a impossibilidade de consulta direta à pactuação integrada para real identificação de responsabilidades.

Os achados contribuem para que pesquisas relacionadas especificamente ao cenário das penitenciárias sejam empreendidas a nível federal, para assim avaliar a dimensão dos gastos e a eficiência da AF em unidades prisionais, a existência de farmácias e o cumprimento legal da presença do profissional com habilidade e competência técnica para realizar a dispensação e todo o processo que esta ação envolve.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2004.
3. Brasil. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF; 1998.
4. Silva Júnior EB, Nunes LMN. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). ABCS health sci. 2012; 37(2):65-9.
5. World Health Organization. The rational use of drugs, report of the conference of experts (Nairobi nov. 1985). Genebra: WHO; 1987.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

7. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF; 1984.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Brasil. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2014.
10. Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação. Porto Alegre: Porto Editora; 1994.
11. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
12. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Fernandes BD, Freitas RR, Melchior AC. Avaliação dos serviços farmacêuticos: indicadores de estrutura e processo em farmácias comunitárias. Rev. bras. pesqui. saúde. 2015; 17(1):31-7.
14. Brasil. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001 (Alterada pela Resolução nº 416/04). Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Resoluções do Conselho Federal de Farmácia; 2001.
15. Alencar TOS, Alencar BR, Silva DS, Araújo JSC, Oliveira SM, Souza RD. Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. promoç. saúde. 2014; 27(4):575-82.
16. Mainardes NM, Sousa SF de, Xavier MP. Análise do perfil das prescrições médicas e da dispensação farmacêutica em uma farmácia escola do município de Gurupi-TO. Rev. Amazônia. 2014; 2(1):19-27.
17. Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(2):325-32.
18. Paniz VMV. Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2009.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011.
20. Brasil. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB - 72, de 20 de dezembro de 2013. São Paulo, SP; 2013.



21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

22. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a bens e serviços de saúde, como a disponibilização de medicamentos para a população, é uma das formas que se manifesta a desigualdade que marca a sociedade brasileira, principalmente para sujeitos privados de liberdade. Portanto, garantir a AF deve ser uma preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde.

Em relação ao acesso e uso racional de medicamentos nas penitenciárias, destacou-se que pouca tem sido a falta de medicamentos essenciais e estratégicos, entretanto, outros aspectos relevantes, como a prescrição adequada, a supervisão das doses tomadas, o armazenamento correto e o acompanhamento para garantir a continuidade do tratamento são negligenciados, comprometendo a garantia do acesso e do uso racional.

A dispensação, o armazenamento e a conservação adequados dos medicamentos também não estavam garantidos, pois a maioria das unidades não possui farmácia em sua estrutura física, e quando existente, são instalações que não atendem ao preconizado, comprometendo a AF. Destarte, a concepção que guia o processo de dispensação está restrita a entrega do medicamento, que é feita por qualquer profissional, não primando pela individualidade no atendimento e humanização da assistência.

Contudo, é evidente que o ambiente prisional possui peculiaridades que dificultam ainda mais o processo necessário para estrutura e dispensação adequadas, como a precariedade de recursos e a falta de profissionais. Desta forma, faz-se necessário que a gestão contribua cada vez mais para o cumprimento da PNAISP, disponibilizando os profissionais necessários para a atenção integral à saúde e, principalmente, capacitações voltadas ao sistema prisional, para aperfeiçoar o trabalho profissional e assim atender as necessidades reais deste grupo populacional segregado.

Os achados contribuem para que a gestão obtenha conhecimentos sobre a realidade atual da AF nas penitenciárias, identificando as lacunas que podem ser completadas, e assim as equipes de saúde aprofundem seus conhecimentos na área, e também para que pesquisas relacionadas especificamente ao cenário das penitenciárias sejam empreendidas a nível federal, para avaliar a dimensão dos gastos e a eficiência da AF em unidades prisionais.

Como limitações do estudo pode-se destacar que apenas os medicamentos essenciais e estratégicos foram pesquisados, e estes podem estar mais disponíveis por serem prioridades para a atenção básica, além da impossibilidade de consulta direta à pactuação integrada para real identificação de responsabilidades.

Por fim, sugere-se a inserção do tema de assistência à saúde penitenciária em componentes nas Instituições de Ensino Superior (IES), para que os alunos das graduações treinem suas habilidades e competências e se tornem profissionais com capacitação adequada para atuar no sistema penitenciário.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, L. M. et al. Ações para controle da tuberculose no sistema penitenciário masculino. *Revista de enfermagem UFPE online*, v. 8, n. 11, p. 3823-3832, 2014.
- AQUINO, D. S. de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. *Ciência & saúde coletiva*, v. 13, p. 733-736, 2008.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.
- ASSIS, L. C.; CRUZ, D. F. Acesso ao Tratamento Medicamentoso na Rede de Atenção Básica no Município de Campina Grande / PB. *Revista brasileira de ciências da saúde*, v. 14, n. 3, p. 13-18, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
- BRASIL. *Decreto nº 75.985, de 17 de julho de 1975*. Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências. Brasília, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984*. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, 1984.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica*

na atenção básica: *instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *HIV/Aids, hepatites e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. *Portaria Conjunta nº 125, de 26 de março de 2009*. Define ações de controle da hanseníase. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde - PNS: 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. *Portaria n.º 1.555, de 30 de julho de 2013*. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013*. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial nº 1, de 2 de Janeiro de 2014*. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DataSUS - Departamento de Informática do SUS. *e-SUS Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015.

- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação*. Porto Alegre: Porto Editora; 1994.
- BOING, A. C.; FERNANDES, S. C.; FARIAS, M. R. Uso Racional de Medicamentos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família: qual o entendimento e prática dos profissionais de saúde?. *Saúde & transformação social*, v. 3, n. 3, p. 84-88, 2012.
- FERREIRA, M. C. O. *Desafios no manejo do diabetes mellitus em pacientes de uma penitenciária do Distrito Federal*. 2014. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília. 2014.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de saúde pública*, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- KÜHLEIS, D. C. *Epidemiologia da tuberculose em uma penitenciária do Rio Grande do Sul*. 2013. 125 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. *ACM arquivos catarinenses de medicina*, v.39, n. 3, p.18-23, 2010.
- MENEZES, B. S. de; MENEZES, C. P. P. de. O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais. *Âmbito jurídico*, v. 17, n. 122, 2014.
- NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde e sociedade*, v. 17, n. 1, p. 85-94, 2008.
- 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, n. 3, p. 3561-3567, 2010.
- PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.
- 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.
- REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Ciência & saúde coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3331-3338, 2011.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
- RUDNICKI, D.; PASSOS, G. B. A alimentação das presas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. *Revista tempo da ciência*, v. 19, n. 37, 2012.

SEAP. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária da Paraíba - SEAP; 2015.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas revista eletrônica*, v. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SOUSA, M. C. P. et al. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Revista interdisciplinar*, v. 6, n. 2, p. 144-151, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

WHO. World Health Organization. The rational use of drugs, report of the conference of experts (Nairobi nov. 1985). Genebra: WHO; 1987.

## ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACESSO A MEDICAMENTOS NAS PENITENCIÁRIAS DA PARAÍBA: da universalidade do direito aos limites da operacionalidade

**Pesquisador:** Gabriela Maria Cavalcanti Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20476213.4.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 787.595

**Data da Relatoria:** 17/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do Projeto: O projeto em análise, intitulado: "ACESSO A MEDICAMENTOS NAS PENITENCIÁRIAS DA PARAÍBA: da universalidade do direito aos limites da operacionalidade", visa compreender o acesso e uso de medicamentos na visão de profissionais de saúde, agentes promotores de saúde e apenados, a partir da universalidade do direito.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o acesso e uso de medicamentos na visão de profissionais de saúde, agentes promotores de saúde e apenados, a partir da universalidade do direito.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora no projeto cadastrado na Plataforma Brasil: "Riscos:

Não existente; Benefícios: após realização da pesquisa para as políticas de saúde".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais em Enfermagem e áreas afins.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O presente projeto foi reapresentado a este CEP e encontra-se com todos os termos necessários anexados, bem como com as recomendações solicitadas, refeitas.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não



## ANEXO B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

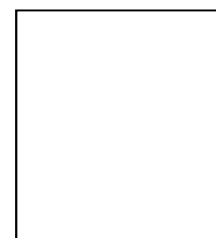
Eu, Gabriela Maria Cavalcanti Costa, professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa que objetiva compreender a forma de aquisição, o tratamento e o uso racional dos medicamentos essenciais e estratégicos na visão de profissionais de saúde e de apenados, a partir da universalidade do direito; compreender a operacionalidade do serviço farmacêutico nas penitenciárias considerando a adequada prescrição dos medicamentos essenciais e estratégicos e a dispensação. Para tanto:

- 1) Após minha entrada no serviço serão marcados encontros para conversarmos sobre o acesso a medicamentos nas unidades de saúde penitenciária do Estado. Estas conversas/observações serão realizadas durante expediente de trabalho ou em locais, dias e horários marcados pelo mesmo.
- 2) Tudo que conversarmos será gravado e escrito para depois ser lido por mim, por você ou por alguém de sua confiança, para que possa conferir, corrigir, acrescentar ou retirar informações. Só então, será utilizado como dado para o trabalho final. Poderá ainda ser apresentado em encontros de profissionais que estudam o assunto ou ainda ser publicado em uma revista da área de saúde.
- 3) Assumo o compromisso de guardar segredo de seu nome / endereço e das informações que me falar, para que não possa ser identificado por qualquer outra pessoa, além de mim.

Se tiver alguma dúvida, no início, no curso ou ao término da pesquisa, ou não quiser mais fazer parte da mesma, a qualquer momento, pode entrar em contato comigo, pelo telefone (83) 33153312 parar sua participação sem qualquer prejuízo para seu atendimento na unidade de saúde. Poderá ainda, entrar em contato, com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba através do telefone (83) 3315-3373.

Eu, \_\_\_\_\_  
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “ACESSO A MEDICAMENTOS NAS PENITENCIÁRIAS DA PARAÍBA: da universalidade do direito aos limites da operacionalidade” no que se refere ao objetivo, técnicas utilizadas para coleta dos dados, bem como, futura utilização dos mesmos, somente após minha conferência e autorização, sendo garantido total sigilo de meu nome e das informações que falei, com o uso apenas da idade, e do sexo, e o direito de desistir a qualquer momento sem que isto represente qualquer prejuízo para meu atendimento na unidade de saúde. Ciente dos aspectos descritos antes, concordo em participar do estudo, assinando o presente termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra comigo.

\_\_\_\_\_  
(local e data)



Digital Polegar

Informante \_\_\_\_\_

Testemunha \_\_\_\_\_

Pesquisadora \_\_\_\_\_

Gabriela Maria Cavalcanti Costa

IDENT. 1378453 SSP/PB

COREN: 72201-PB

Karla Karolline Barreto Cardins

IDENT. 3353334 SSP/PB

COREN: 446896-PB

## APÊNDICE A

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB  
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública

### LEVANTAMENTO NOS PRONTUÁRIOS

- I. Identificação dos Colaboradores:
- II. Idade:
- III. Sexo:
- IV. Consulta ao prontuário para registro:
  - A) Medicamento prescrito / esquema terapêutico indicado:
  - B) Classificação dos medicamentos essenciais (HA/DIA), estratégicos (TB/HAN/HIV):
  - C) Profissional responsável pela prescrição. Data do diagnóstico e início do tratamento.
  - D) Registro de abandono e/ou recidiva?

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - QUESTÕES NORTEADORAS (Apenados)

- 1) Você lembra quando recebeu diagnóstico da sua doença? (Há quanto tempo? Estava na penitenciária?)
- 2) Há quanto tempo faz uso de medicamento para esta doença? (Usava já antes da prisão?)
- 3) Para garantir o tratamento, como você consegue o medicamento? (Serviço da unidade, doação de outro apenado ou família?)
- 4) Você recebe o medicamento todo dia, por semana, ou por mês?
- 5) Para receber o medicamento você é avaliado(a) por algum profissional da unidade de saúde? (Eles ficam com a receita?)
- 6) Poderia descrever como ocorre a distribuição da medicação aqui na unidade? (Quem orienta o tratamento? Quem é responsável por distribuir? Acontece na farmácia?)
- 7) Já aconteceu de faltar medicamento? (Nessa situação como você consegue? Já aconteceu de você conseguir medicamento para esta doença com outro(a) colega de cela?)
- 8) Após receber, como guarda e faz o controle do uso?
- 9) Quais são as facilidades (pontos positivos) e as dificuldades (pontos negativos) para garantir o recebimento (acesso) da medicação?

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA - QUESTÕES NORTEADORAS (Profissionais)**

- 1) Existem quantos pacientes portadores de HAS, DIA, TB, HAN e HIV?
- 2) Como é realizada a prescrição das medicações para essas patologias? (Em uma ou duas vias? Através de consulta com explicação do modo de usar?)
- 3) Quem dispensa os medicamentos? Como é feita essa dispensação? (Mediante retenção de segunda via? Quem dispensa também orienta sobre o modo de usar?)
- 4) Quais os dias que os profissionais de saúde estão na penitenciária? (Existem plantonistas para cobrir todos os dias da semana?)
- 5) Se existem dias em que os profissionais não estão, como é feita a dispensação?
- 6) Há supervisão das doses tomadas? Quem supervisiona? Isso acontece todos os dias?
- 7) Existem medicações para HAS, DIA, TB, HAN e HIV que sejam suficientes para todos os apenados?
- 8) Já aconteceu de faltar medicamento para essas patologias? (Nessa situação, o que é feito?)
- 9) Quais são as facilidades (pontos positivos) e as dificuldades (pontos negativos) para garantir o acesso das medicações?