



**FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO ACADÊMICA – NUPEA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

MIKAELLA DÁVYLLA DIÓGENES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA
PRISIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

MOSSORÓ/RN

2020

MIKAELLA DÁVYLLA DIÓGENES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA
PRISIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade Nova Esperança
de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do
título de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Dra. Luanne Eugênia Nunes

MOSSORÓ/RN

2020

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

L864p Lopes, Mikaella Dávylly Diógenes.
Perfil epidemiológico e de assistência farmacêutica do sistema prisional do Rio Grande do Norte / Mikaella Dávylly Diógenes Lopes. – Mossoró, 2020.
45 f. : il.

Orientador: Prof. Dra. Luanne Eugênia Nunes.
Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Farmacêutico. 2. Unidades prisionais. 3. Serviços farmacêuticos. 4. Tuberculose. 5. Sífilis. I. Nunes, Luanne Eugênia. II. Título.

CDU 616.9:343.82(813.2)

MIKAELLA DAVYLLA DIOGENES LOPES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA
PRISIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Nova Esperança de Mossoró, pela discente Mikaella Dávylly Diógenes Lopes, do curso de Bacharelado em Farmácia, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apresentação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Luanne Eugênia Nunes

Dra. Luanne Eugênia Nunes
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Emanuelli dos Santos Silva

Me. Emanuelli dos Santos Silva
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Danillo Alencar Roseno

Me. Danillo Alencar Roseno
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Quantitativo da população privada de liberdade (PPL) no Brasil nas últimas duas décadas.....	15
---	----

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Unidades Prisionais pelo Estado do Rio Grande do Norte.....	30
Tabela 2 - Discriminação do número de farmácias ou sala de estoque disponíveis nas unidades prisionais do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.....	32
Tabela 3 - População privada de liberdade no Estado do Rio Grande Norte entre os anos de 2015 e 2019.....	33
Tabela 4 - Perfil da População privada de liberdade por faixa etária no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.....	34
Tabela 5 - População privada de liberdade convivendo em regime fechado no Estado do Rio Grande Norte entre os anos de 2015 e 2019.....	35
Tabela 6 - Incidência dos agravos transmissíveis na População Privada de Liberdade no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.....	36

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

LEP – Lei de Execuções Penais

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

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

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPL – População Privada de Liberdade

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O crescimento em sociedade traz diversidade entre as pessoas. Percebe-se no aumento frenético da população privada de liberdade no Brasil, e como fruto disso, o as superlotações, que resultam no não cumprimento dos direitos do Estado com esta população. A privação desta população aos serviços essenciais de saúde é uma realidade que abrange todo sistema penitenciário, a isto se inclui o tratamento farmacoterapêutico, a exemplo da ausência do profissional farmacêutico na maioria das unidades do sistema prisional. Este trabalho objetivou descrever a situação das unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte quanto a presença de farmácias e farmacêuticos, bem como os agravos infecciosos reportados no período entre 2015 e 2019. Este estudo epidemiológico descritivo e ecológico, de série temporal realizado a partir de dados secundários de casos de notificação obrigatória da população carcerária no Brasil no recorte temporal entre os anos de 2015 e 2019 foi embasado nos relatórios no Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro (Infopen), através da base de dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça e Segurança Pública. Realizou-se o levantamento de dados na aba “Rio Grande do Norte”, aplicando variáveis como: PPL geral, PPL em regime fechado, faixa etária da PPL, infraestrutura física das unidades prisionais, equipe de saúde e agravos de saúde. Após isso, procedeu-se com a tabulação dos dados no Microsoft Excel® 2019. Os preceitos éticos brasileiros permitem a utilização desses dados secundários de domínio público, dispensando apreciação pelo CEP. O estudo mostrou que no Estado do Rio Grande do Norte a PPL ainda não é assistida pelo farmacêutico, embora metade das unidades prisionais tenham farmácia/sala de estoque na infraestrutura física (55,5%). A PPL do Estado está ascendente desde 2017, composta prioritariamente pelo gênero masculino (94,03%) entre 18 e 34 anos. A PPL feminina representa 5,97% dos apenados, em sua maioria, entre 18 e 34 anos. Com relação aos agravos de saúde, na PPL masculina a tuberculose é responsável pelo maior número de notificações, entretanto, na PPL feminina a sífilis lidera as notificações. A divulgação destes dados é de suma importância para que possam servir para o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas a esta população.

Palavras-chave: Farmacêutico. Unidades prisionais. Serviços Farmacêuticos. Tuberculose. Sífilis.

ABSTRACT

Growth in society brings diversity among people. It can be seen in the frantic increase of the population deprived of liberty in Brazil, and as a result of this, the overcrowding, which result in the non-fulfillment of the State's rights with this population. The deprivation of this population to essential health services is a reality that encompasses the entire penitentiary system, which includes pharmacotherapeutic treatment, such as the absence of a pharmaceutical professional in most units of the prison system. This study aimed to describe the situation of prison units in the State of Rio Grande Norte regarding the presence of pharmacies and pharmacists, as well as the infectious diseases reported in the period between 2015 and 2019. This descriptive and ecological epidemiological study, based on time series secondary cases of mandatory notification of the prison population in Brazil in the time frame between the years 2015 and 2019 was based on reports in the Statistical Information System of the Brazilian Penitentiary System (Infopen), through the database of the National Penitentiary Department (DEPEN) Ministry of Justice and Public Security. Data were collected in the "Rio Grande do Norte" tab, applying variables such as: general PPL, closed PPL, age group of PPL, physical infrastructure of prison units, health team and health problems. After that, data were tabulated in Microsoft Excel® 2019. Brazilian ethical precepts allow the use of these secondary data in the public domain, dispensing with appreciation by the CEP. The study showed that in the state of Rio Grande do Norte the PPL is not yet assisted by the pharmacist, although half of the prison units have a pharmacy / stock room in the physical infrastructure (55.5%). The State PPL has been on the rise since 2017, mainly composed of men (94.03%) between 18 and 34 years old. The female PPL represents 5.97% of the inmates, mostly between 18 and 34 years old. Regarding health problems, in male PPL, tuberculosis is responsible for the highest number of notifications, however, in female PPL syphilis leads the notifications. The dissemination of these data is of paramount importance so that they can serve for the development of health policies aimed at this population.

Keywords: Pharmaceutical. Prison units. Pharmaceutical Services. Tuberculosis. Syphilis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Justificativa.....	12
2	OBJETIVOS	
2.1	Objetivo geral.....	13
2.2	Objetivos específicos.....	13
3	REFERÊNCIAL TEÓRICO	
3.1	O sistema prisional no Brasil.....	14
3.2	O acesso a saúde no sistema prisional no Brasil.....	18
3.3	Agravos de saúde na população privada de liberdade.....	23
3.4	Assistência farmacêutica no sistema prisional.....	25
4	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	
4.1	Tipo da pesquisa e amostra.....	28
4.2	Variáveis do estudo e coleta de dados.....	28
4.3	Análise dos dados.....	29
4.4	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1	Unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte.....	30
5.2	População carcerária do Rio Grande do Norte.....	33
5.3	Agravos de saúde transmissíveis de notificação obrigatória no sistema prisional	36
6	CONCLUSÃO.....	40
	REFERENCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde aos indivíduos privados de liberdade inicialmente era oferecida de forma parcial e com o objetivo de reduzir os agravos de saúde que frequentemente são diagnosticados neste grupo, como: Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e imunizações. No entanto, as condições de insalubridade que agravam o surgimento de patologias de natureza diferente, como no caso das doenças psiquiátricas, que ainda não são tratadas com a devida importância pelas autoridades de saúde no país (SILVA; FILGUEIRAS, 2010).

Nas unidades penitenciárias brasileiras são observadas várias problemáticas relacionadas à saúde, as principais advêm principalmente da superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade, o que tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças, considerados desde então, condições essenciais a serem tratadas e tratadas com obrigatoriedade para notificação (MENEZES, MENEZES, 2014). Neste sentido, doenças infecciosas como tuberculose, hepatites virais, HIV, ISTs como a sífilis e hanseníase são o foco principal da assistência médica nas unidades prisionais do país.

Dessa forma, os apenados necessitam de um olhar diferenciado no que diz respeito a saúde, uma vez que se encontram em um ambiente propício à proliferação de diversos tipos de enfermidades e epidemias, e, ao mesmo tempo, com limitação de atendimento médico e acesso a medicamentos (MENEZES, MENEZES, 2014).

Com a publicação da Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210, de 1984, onde no art 14 é exposto que: “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” foi um marco para a melhoria da implementação de ações assistenciais as unidades prisionais (BRASIL, 1984).

A Constituição Federal de 1988, a partir do mandamento que institui que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado" reafirmou a obrigatoriedade do acesso desta população a ações e serviços de saúde. No entanto, ainda é possível constatar a ausência do cumprimento assistencial em vários setores a população das unidades prisionais (BRASIL, 1988).

Na busca do cumprimento de normas e orientações internacionais, em 2003, a partir da Portaria Interministerial nº 1777 instituiu-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este plano foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas privadas de liberdade e respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde (BRASIL, 2005).

A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do governo federal, a elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2014a).

Assim, sob essa ótica, em 2014 o Ministério da Saúde lançou a Portaria Interministerial nº 1 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014a).

Dados de estudos mostram que as condições de saúde da população privada de liberdade são preocupantes, uma vez que a gestão tem característica reducionista, fragmentada e limitada da assistência ofertada nas unidades prisionais (BRASIL, 2010). Assim, a utilização de medicamentos é uma ferramenta comumente utilizada por esta população para auxiliar a aliviar sinais e sintomas e a cura de doenças.

Além dos problemas relacionados ao acesso à assistência farmacêutica neste ambiente onde a prevalência de agravos que exigem o acompanhamento da farmacoterapia, como a correta orientação sobre o uso racional, acarretam erros identificados em problemas de adesão ao tratamento medicamentoso ou uso irracional e desnecessário de medicamentos, além do estímulo à automedicação (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2014a; CARDOSO et al., 2019).

Estes são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos, requerendo também o acompanhamento pela equipe de saúde da unidade prisional através da promoção de políticas que incentivem o uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário (BRASIL, 2001).

Portanto, se observa a grande importância do trabalho da equipe de saúde, inserida nas unidades prisionais, a fim de realizar recomendações exitosas as pessoas privadas de liberdade sobre a necessidade em promover o acesso e o uso racional dos medicamentos, principalmente aqueles classificados como essenciais, para que possam trazer benefícios à saúde física, mental e social dos apenados.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo realizar uma análise temporal, entre os anos de 2015 e 2019, sobre a incidência e prevalência dos agravos de notificação obrigatória, além de classificar as unidades prisionais mediante a disponibilidade de serviços farmacêuticos gerenciais e clínicos desenvolvidos nas farmácias/salas de estoque No Estado do Rio Grande do Norte, através da base de dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

1.1 Justificativa

Com relação à saúde, a existência das políticas públicas específicas ao sistema prisional não é suficiente, frente à realidade do quantitativo de profissionais que estão inseridos no sistema.

Justifica-se a relevância deste trabalho por divulgar o cenário da saúde no tocante ao sistema prisional, com o objetivo de melhorar o engajamento e prática das políticas públicas frente a População Privada de Liberdade (PPL), para que sejam eficazes no combate a situação de precariedade que acomete as unidades prisionais, fruto da má administração. Além de que, a realidade das prisões brasileiras encontra-se permeada por fatores perversos, como: violações sistemáticas de direitos, torturas e tratamentos degradantes, epidemias e inúmeras mortes causadas por doenças tratáveis (MINAYO; CONSTANTINO, 2015; DO NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018).

Dessa forma, a relevância do trabalho está embasada na falta de publicações no país sobre a temática da atuação do farmacêutico frente a PPL, e também falar sobre a dificuldade da prática e implantação da Assistência Farmacêutica (AF). Embora não seja uma realidade, os serviços de saúde ofertados ao sistema prisional devem ser baseados nos princípios do SUS, com equipes que ultrapassem o viés curativo e favoreçam a prevenção e a promoção em saúde, principalmente no tocante ao uso de medicamentos (DO NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a situação das unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte quanto a presença de farmácias e farmacêuticos, bem como os agravos infecciosos reportados no período entre 2015 e 2019, com base nos dados secundários dos relatórios semestrais emitidos pelo DEPEN pertencente ao Ministério da Justiça e Segurança Pública.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as unidades prisionais que pertencem ao Estado e categorizá-las dentro das regiões de saúde;
- Identificar na estrutura física de acesso aos serviços de saúde a presença de farmácia ou sala de estoque nas unidades prisionais do Estado;
- Descrever quantitativamente a PPL do Estado do Rio Grande do Norte, diferenciando a PPL total do grupo que cumpre pena em regime fechado e categorizá-la quanto a faixa etária, no período estudado;
- Identificar a presença do farmacêutico na equipe de saúde que está disponível nas unidades prisionais;
- Descrever a incidência e prevalência de agravos infecciosos na PPL do Estado no período estudado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O sistema prisional no Brasil

No Brasil, o sistema prisional é dividido em: penitenciárias de porte médio (presídios), penitenciárias de segurança máxima, cadeias públicas, distritos ou delegacias plantonistas, colônias agrícolas, industriais ou similares e casas do albergado (BECCARIA, 1998; SOARES et al. 2017).

Neste sentido, as cadeias públicas destinam-se a manutenção de presos provisórios que aguardam julgamento até a condenação e, assim são transferidos para outro estabelecimento afim de cumprir a pena integral (BITENCOURT, 1993; SOARES et al. 2017).

Enquanto, as penitenciárias são destinadas ao condenado à pena de reclusão, ou seja, o indivíduo que deixa a cadeia pública, e que fora condenado e vai cumprir sua pena integral ou até receber o benefício da justiça para um regime mais brando seja através do cumprimento total ou por remição (MIRABETE, 1996; SOARES et al. 2017).

Outrossim, as penitenciárias de segurança máxima apresentam estrutura física que conta com aparelhos sofisticados, além da vigilância monitorada com intuito de dificultar fugas, motins e rebeliões. Estas unidades abrigam indivíduos sentenciados com condenação em regime fechado e de alta periculosidade. Assim, as celas individuais são preconizadas para evitar o contato entre os presos priorizando a segurança (BECCARIA, 1998; SOARES et al. 2017).

Em contrapartida, as colônias agrícolas, industriais ou similares destinam-se ao cumprimento da pena em regime semiaberto (FALCONI, 1998). As casas dos albergados são locais destinados aos presos que tiveram o benefício da progressão da pena. Assim, recebem o direito de trabalhar durante o dia, nestas casas o apenado cumpre até o fim da pena com as limitações determinadas no tocante aos horários (BECCARIA, 1998; SOARES et al. 2017).

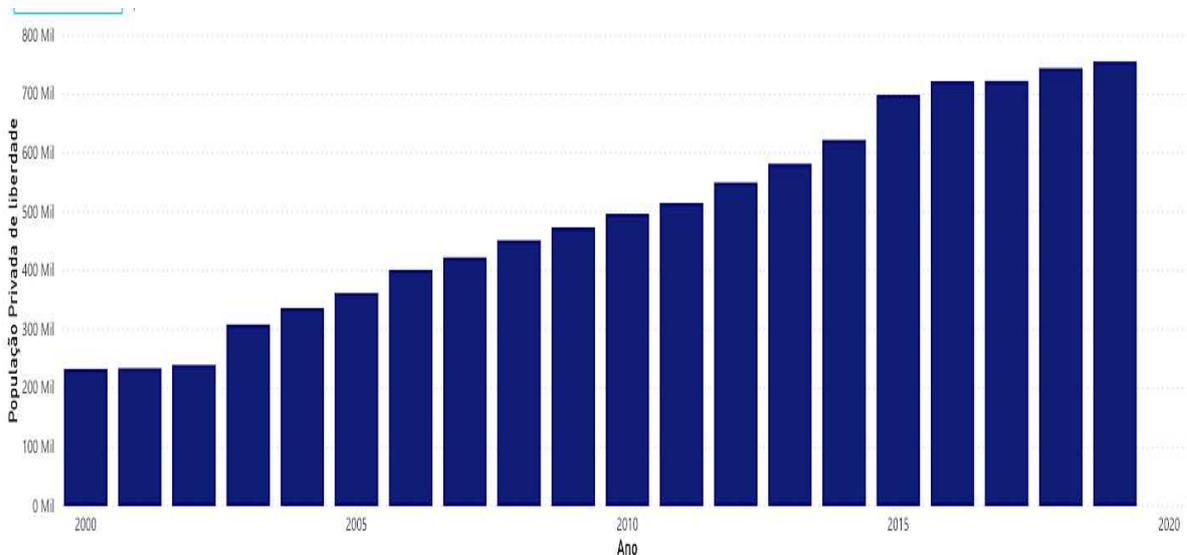
Além das categorias citadas, soma-se os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, onde serão realizados os exames psiquiátricos e os demais exames relacionados ao tratamento da PPL. Para estes locais são destinados os indivíduos

que por algum motivo não pode permanecer junto aos demais presos para a eficácia do tratamento (SOARES et al. 2017).

O itinerário carcerário contempla vários dispositivos de custódia. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Brasil possui atualmente 518 penitenciárias; 33 colônias agrícolas, industriais ou similares; 64 casas de albergado; 1.615 cadeias públicas, casas de detenção provisória ou similares; 29 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) e 285 delegacias com carceragem em funcionamento (BRASIL, 2014).

Neste sentido, no Brasil os dados estatísticos do ministério da justiça evidenciam o crescimento significativo do número de pessoas encarceradas (figura 1) e que as prisões, ao longo do tempo, foram se tornando espaços de caráter exclusivamente punitivo em detrimento da ressocialização e efetividade dos direitos humanos ((ALCANTARA et al., 2018).

Figura 1- Quantitativo da população privada de liberdade (PPL) no Brasil nas últimas duas décadas



Fonte: Infopen, 2019.

De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) do DEPEN, o Brasil possuía até 2014 cerca de 622.202 pessoas presas. Os novos números do Infopen divulgados no final de 2017 mostram um incremento de 16,79%, alterando a posição do país de 4^a para 3^a no *ranking* mundial. Assim, foram 726.712 pessoas privadas de liberdade, até o mês de junho de 2016, para as 368.049

vagas disponível no sistema prisional (BRASIL, 2017a; LIMA; ALVARENGA FILHO, 2018).

A PPL é hoje composta por 748.009, onde 711.080 homens e 36.929 mulheres, o que representa, respectivamente, 95,06% e 4,94% (BRASIL, 2017a). Portanto, além de ser majoritariamente composta por homens, a PPL do país é composta por jovens entre 18 a 29 anos (55%), solteiros (60%), de baixa escolaridade sem ao menos ter acessado o ensino médio (75%) e, em sua maioria, por negros – pretos e pardos – (64%). Enquanto a população geral brasileira aumentou cerca de 40,36% em 25 anos, a PPL do país cresceu vertiginosamente 707% (LIMA; ALVARENGA FILHO, 2018).

Diante deste quadro, se entende que a desestruturação do sistema prisional ocasiona o descrédito do sistema, cujo fatores culminaram para o estabelecimento do precário sistema prisional.

A criação da Lei de Execução Penal (LEP) de nº 7.210, em 1984, representou um avanço na legislação, pois o respeito aos direitos das PPL foi reconhecido a partir da previsão do tratamento individualizado descrito no texto da respectiva publicação. A implementação da LEP visou além da punição, a ressocialização dos condenados, com objetivos que visam a recuperação do preso através do trabalho, estudo e regras básicas de cidadania. Assim, preparando estes indivíduos para o retorno ao convívio social e buscando a inserção no mercado de trabalho (SOARES et al. 2017).

A LEP nº 7.210 dispõe de maneira sucinta sobre todos os direitos garantidos aos apenados. Este documento contempla desde o espaço nas celas até a assistência que o preso necessita (MORAES, 2011; SOARES et al. 2017).

O papel do Estado diante de tais dados é cada vez mais preocupante, uma vez que não consegue suprir as necessidades básicas de seus apenados e muito menos de lhe proporcionar mínimas condições de dignidade humana. Vê-se encurralado e sem recursos econômicos para que possa começar a repensar os métodos de seu sistema prisional (ZANOTTO; RUSSOWSKY, 2020).

Atualmente, as chamadas superlotações carcerárias são na maioria dos casos a principal problemática enfrentada pelos apenados, uma vez que diante da falta de acomodação adequada é impossível que se assegure aos condenados mínimas condições de sobrevivência. Em um simples passar de olhos, é possível perceber que os alojamentos e celas são lugares insalubres e fétidos, propagadores de inúmeras doenças causadas pela falta de higiene e de iluminação adequadas (ZANOTTO; RUSSOWSKY, 2020).

A visível superpopulação dos presídios demonstra que está havendo ultraje por parte do sistema carcerário no que tange aos direitos fundamentais desses detentos, pois não existe respeito à integridade, tanto física quanto moral, dos mesmos (MACHADO; SOUZA; SOUZA MARIANE, 2013).

Diante do artigo 12º da LEP, o Estado é ordenado a fornecer ao preso, alimentação, vestuário e instalações higiênicas. Cujas instalações excede o art. 12º, e estão listadas algumas condições no Art. 88: “O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório”.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade carcerária:

a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;

b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados) (BRASIL, 1984).

Sendo assim, essa superlotação viola efetivamente as normas e princípios constitucionais no que diz respeito aos detentos, e, conseqüentemente, além da pena que estes terão que cumprir, haverá ainda uma “sobre pena”, uma vez que os mesmos sofrerão com esse desrespeito por todo o período em que ficarão encarcerados (MACHADO; SOUZA; SOUZA, 2013).

A (LEP) é uma das mais avançadas em aspectos mundiais, e se devidamente cumpridas acarretam benéficos sociais. Dessa forma, favorecendo o âmbito ressocializador do preso, vislumbrando os seus direitos (MONTEIRO, 2016).

O sistema penitenciário brasileiro enfrenta atualmente uma crise crônica, causada pelo aumento significativo nos índices de violência e criminalidade. Soma-se a isso a tendência de os sistemas de justiça priorizar as penas privativas de liberdade, o que caminha para um maior agravamento do quadro (ROLIM, 2004; LIMA; ALVARENGA FILHO, 2018).

Essa crise configura-se como uma questão de ordem social e pública, convocando toda a sociedade a se implicar na proposição de melhoria e resolução desta problemática. Especialmente porque o contexto prisional no Brasil revela demandas de nossa histórica organização social, tais como questões étnico-raciais, de classes sociais e de relações de gênero. Essas questões entrelaçam aspectos históricos, culturais, econômicos, sociais e também psicológicos (ALCANTARA et al., 2018).

3.2 O acesso a saúde no sistema prisional no Brasil

A expressão "população privada de liberdade" refere-se à compreensão de que pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeitos de direitos (LERMEN et al., 2015).

Entretanto, até meados da década 80, a saúde no sistema prisional consistia em ações pontuais, no entanto, contou com um diferencial a partir de 1984 com implementação da Lei de Execução Penal. Ademais, em um contexto de democratização, a Constituição Federal de 1988 outorgou com o artigo 196, a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se a PPL (BARSAGLINI, 2016).

No âmbito prisional, a saúde é um direito a PPL desde a publicação da LEP em 1984. Neste sentido, a Farmácia é uma das áreas inseridas no sistema prisional, no sentido da assistência à saúde com base no artigo 14º, onde afirma que "A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento" (BRASIL, 1984).

Assim, a partir do ano de 1984 o atendimento de saúde das pessoas reclusas em estabelecimentos penais foi garantido com a LEP. No entanto, esse atendimento ainda era um assunto de interesse e de responsabilidade das políticas de segurança pública, e não de saúde (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

Ademais, o acesso da PPL aos serviços de saúde ainda apresenta graves empecilhos, o que expõe o não cumprimento da legislação a essa população, e compromete a universalidade, a integralidade e equidade da atenção propostos, no âmbito do SUS (BARSAGLINI, 2016).

É circunstanciado que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das PPL aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial,

a fim de atender às carências manifestadas por esta população (BRASIL, 2004; SÁ, 2017).

Assim, a partir dos anos 2000, as portarias Interministeriais nº 668/2002 nº 1.777/2003, culminaram na instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que esteve em vigor entre os anos 2002-2013. Este plano objetivou “prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (BRASIL, 2010; FULLER et al., 2017).

Portanto, o PNSSP foi o segundo marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional, e foi firmada a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS, dentre eles o da universalidade (BRASIL, 2003a; LERMEN et al., 2015).

O PNSSP fomentou a responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e de segurança. Sua proposta era garantir ações integrais de saúde, enfatizando, além da assistência, a prevenção e a promoção de saúde às populações masculina, feminina e psiquiátrica privadas de liberdade (BRASIL, 2003a; LERMEN et al., 2015).

A consolidação do PNSSP representou um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão de modo específico no SUS (SÁ, 2017).

Desse modo, a instituição do Plano reforçou a garantia e proteção das PPL ao Estado, especialmente pelo fato dessas pessoas estarem legalmente sob a custódia da instituição (BRASIL, 2014). Pois, contribuir para a promoção da saúde das PPL, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos (SÁ, 2017).

No entanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP); quando se constatou o esgotamento deste modelo e a necessidade urgente de

promover a inclusão efetiva das PPL ao SUS, cumprindo os princípios de universalidade e de equidade (BRASIL, 2014).

Portanto, no dia 2 de janeiro de 2014, a Portaria Interministerial nº 1 foi publicada, a qual instituiu a PNAISP, com o intuito de reforçar as ações que devem ser desenvolvidas na defesa do direito à saúde da população carcerária, ratificando os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS. Além de fortalecer as relações intersetoriais com as instâncias da Justiça e Segurança, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (BRASIL, 2014b; SÁ, 2017).

A Constituição Federal, em seus artigos 6º e 196º, ao afirmar que a saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado, impôs a determinação para que houvesse a implementação em todos os níveis sociais, mediante políticas estatais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Um dos meios para se prover tal direito e alcançar o objetivo imposto é a promoção da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013; SÁ, 2017).

Para garantir os direitos previstos constitucionalmente e os princípios do SUS, a PNAISP assegura o acesso ao cuidado integral em saúde, proporcionando atenção universal para todas as pessoas no sistema prisional. A política define que pessoas em cárcere são aquelas com idade superior a dezoito anos, que estejam sob custódia do Estado para cumprimento de penas privativas de liberdade. Os benefícios desse acesso ao cuidado integral se estendem também às pessoas que se encontram em regime semiaberto, aberto, e àquelas submetidas à medida de segurança (BRASIL, 2014b; SÁ, 2017).

Os dados evidenciam que a condição da saúde da PPL está cada vez mais em situação de crise. Para contrapor a esta situação, a PNAISP, instituiu, entre outras medidas, a inserção formal da população prisional no SUS. Porém, como a Política é recente, apenas um terço das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde, sendo que 63% das pessoas privadas de liberdade encontram-se nessas unidades. Dessa forma, 37% dessa população não têm acesso a qualquer serviço de atenção básica de saúde na Unidade (BRASIL, 2014a; SÁ, 2017).

De acordo com a PNAISP, as ações de saúde são ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas (BRASIL, 2014):

I - A atenção básica é ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida;

II - A oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.

Os serviços e equipes serão definidos de acordo com os seguintes critérios: Número de pessoas privadas de liberdade por unidade prisional; Vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território; Existência de demandas referentes à saúde mental (BRASIL, 2014).

As equipes de atenção básica no sistema prisional (EABP) são classificadas em três: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; e Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III (BRASIL, 2014):

a) EABP I – apresenta uma composição mínima que conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal. Essa equipe deverá atender até 100 pessoas privadas de liberdade e cumprir carga horária mínima de seis horas semanais.

b) EABP II – apresenta composição mínima inclui um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem. Essa equipe deverá atender de 101 a 500 pessoas privadas de liberdade e cumprir o mínimo de 20 horas semanais,

c) EABP III – Apresenta mesmo perfil da EABP II acrescida, necessariamente, da equipe de saúde mental. Essa equipe deverá atender de 501 a 1.200 pessoas privadas de liberdade e cumprir o mínimo de 30 horas semanais.

Às EABP I e II poderá ser acrescentada uma equipe de saúde mental, a depender do perfil epidemiológico da Unidade Prisional. Esta equipe de saúde mental consiste em, no mínimo, um médico psiquiatra (ou médico com experiência em saúde mental) e dois profissionais selecionados entre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional ou enfermagem (BRASIL, 2014).

A PNAISP oferece ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional, em todo o itinerário carcerário para toda a população privada de

liberdade, e para os profissionais destes serviços penais também, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, como voluntários (BRASIL, 2014).

Trata-se de uma estratégia para fazer chegar o acesso de maneira integral às políticas de saúde à PPL, contemplando diversas ações no âmbito da atenção básica contidas, por exemplo, nas políticas nacionais de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase (OLIVEIRA, NATAL, CAMACHO, 2015).

A entrada das equipes de saúde fez com que o funcionamento e as fronteiras das prisões fossem colocados em questão, visto que trouxe a necessidade de conectar as unidades prisionais com a rede de serviços em saúde, redes intersetoriais e até mesmo com a família e a comunidade da pessoa privada de liberdade. Salienta-se que a inclusão da população penitenciária em outros serviços e políticas de saúde está alicerçada pelo princípio de integralidade do SUS e representa um passo relevante dado pelo Estado e pela sociedade na criação de laços de reciprocidade com o sistema carcerário (SÁ E SILVA, 2009; LERMEN et al., 2015).

Todos os tipos de agravos em saúde que acometem a população geral também são encontrados no sistema prisional, mas podem ser potencializados devido às condições precárias de confinamento de grande parte das unidades prisionais e à superlotação também. Portanto, nesse cenário, é obrigatório que as políticas públicas sejam transversais, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades (BRASIL, 2014).

A superlotação e a estrutura insalubre das celas com umidade, sujeira, pouca iluminação e ventilação geram impacto direto nas demandas de saúde, pois propiciam o surgimento de agravos ou os potencializam, facilitando a transmissão e dificultando o tratamento das doenças (BRASIL, 2014).

Na prática, observamos que, em função dos péssimos indicadores de saúde da população prisional (OLIVEIRA; NATAL; CAMACHO, 2015), a maior parte das ações ainda recai sobre a assistência. Ainda assim, ações de prevenção e promoção de saúde, sobretudo dos agravos mais frequentes do cárcere (HIV/Aids e tuberculose), vêm sendo efetivadas nesses cenários, através, por exemplo, de programas de porta de entrada (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013; LERMEN et al., 2015).

Ademais, a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). A

PNAMPE amplia o olhar sobre a população prisional feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b; LERMEN et al., 2015).

O atual conceito ampliado de saúde e a perspectiva de cidadania e justiça social, leva a entender que as experiências em instituições prisionais devem preservar a saúde dos apenados. Assim, pensar esta população em seu contexto e na sua complexidade aparece como elemento essencial na busca da garantia e da promoção dos direitos amplamente afirmados nas bases documentais nacionais (LIMA et al., 2013).

3.3. Agravos de saúde na PPL

Os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, caminhoneiros e, principalmente, a PPL são classificados pelo Ministério da Saúde como os indivíduos que apresentam comportamento de risco e alta vulnerabilidade para as infecções, sendo obrigatório da notificação quanto ao diagnóstico dessas doenças (ALQUIMIN, 2014; OLIVEIRA et al. 2016).

Diante das condições, percebe-se a necessidade de avaliação contínua das políticas farmacêuticas no Brasil, inclusive no sistema penitenciário, que apresenta aspectos estruturais precários e condições sanitárias adversas, além da superlotação das celas. Tais problemas transformam as prisões ambientes propícios à proliferação e difusão de doenças infectocontagiosas, como tuberculose (TB), hanseníase (HAN), DST/HIV, hepatites, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM). A propósito, há também muitos indivíduos com distúrbios mentais, câncer e hanseníase (CARDINS et al, 2019; DOURADO, ALVES, 2019).

Dentre os agravos infecciosos, as hepatites virais e o HIV são graves problemas de saúde pública na atualidade. A estimativa é de que aproximadamente 2 bilhões de pessoas foram infectadas pelo vírus da hepatite B (HBV) em todo mundo,

e mais de 350 milhões são portadoras de hepatite B crônica, que resulta na morte de mais de 780 mil indivíduos anualmente (FINKLER, 2016).

Estudos apontam que o acesso à AF não constitui um problema peculiar apenas no âmbito brasileiro. Em diversos países, a disponibilidade de medicamentos, principalmente aqueles considerados essenciais, é carente. Esse fato pode estar relacionado à inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e à baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países (CARDINS et al. 2019).

Com relação a tuberculose, os dados oficiais mostram uma alta incidência e prevalência deste agravo no sistema prisional, isto constitui um problema de saúde nas prisões (DOURADO, ALVES, 2019). Segundo o Infopen de junho de 2019, há 8.638 casos de TB, 7742 casos de HIV, 5449 casos de Sífilis, além de 4.927 casos de outras comorbidades. Os dados são registrados por casos, logo, podemos ter menos presos do que casos, tendo em vista que um preso pode ter mais de uma comorbidade. Ainda, considera-se que os presos idosos também possam ter essas comorbidades (SSP-RS, 2020).

A coinfeção de doenças que caracteriza o grupo de risco, representa umas das maiores preocupações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, pois pacientes com TB, HIV, entre outras doenças infecciosas, apresentam problemas pulmonares e sistema imunológico comprometido. Em tempos de pandemia, esta situação agrava ainda mais o quadro de apenados que contraem Covid-19, pois esta condição pode ser fatal para este grupo. Neste caso, considerando 1 caso por preso, teríamos 29.999 presos nessa condição, isto é, 3,4% da população prisional no Brasil (SSP-RS, 2020).

No entanto, com relação as unidades prisionais, embora os agravos sejam prevalentes, o tratamento adequado dessas doenças ainda não é de excelência. Essa condição ocorre por razões sociais, educativas e porque a maioria dos detentos não tem consciência da sua condição. Também existem outras barreiras para um tratamento eficaz como: problemas individuais (abuso de drogas, estresse, medo, falta de confiança) e sociais (discriminação, dificuldade de se relacionar com os profissionais da saúde) (FINKLER, 2016).

A população privada de liberdade representa um sério problema para o controle de doenças, principalmente as infectocontagiosas. Mesmo nas prisões, estes indivíduos não estão totalmente isolados pelos muros que os cercam, pois existem

epidemias causadas pelo contato dentro das áreas de confinamento com outros detentos saudáveis, ou por meio de visitas e funcionários do sistema prisional (Ferreira, Oliveira; Marin-Leon, 2013).

A maior preocupação dos presos, além do tempo de detenção, é o adoecimento e o acesso ao tratamento e cura, já que as condições de confinamento demonstram ser ineficazes para o controle das doenças. Intervenções institucionais relacionadas ao estímulo do próprio cuidado e à proteção da saúde precisam ser implementadas (DOURADO, ALVES, 2019).

Segundo PNAISP, as unidades prisionais são responsáveis pela atenção básica. A atenção básica é o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (SSP-RS, 2020).

De acordo com a Coordenação de Saúde Prisional do Ministério da Saúde as equipes de atenção básica prisional não estão distribuídas de forma homogênea pelos estados. Conforme regras da PNAISP, no Distrito Federal 95% da população prisional é coberta por equipe, em Pernambuco, 85,1% e Mato Grosso do Sul 76% e nos estados como Amapá, Sergipe e Paraíba com baixa cobertura entre 0% e 2,6% (SSP-RS, 2020).

3.4 Assistência farmacêutica no sistema prisional

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída através da Portaria GM nº 3.916/1998, tem como propósito o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária. Como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, art. 1º, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), e torna como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNAF a assistência farmacêutica é conceituada como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

No SUS, a Assistência farmacêutica engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – onde está compreendida a prescrição e a dispensação – e favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001).

A oferta de medicamentos às PPL ainda é disciplinada pela Portaria nº 3.270, de 26 de outubro de 2010, que estabelece “o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas privadas de liberdade vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)”. Para este efeito, o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) foi eleito pelo MS para aquisição de medicamentos de forma centralizada como o envio de uma seleção de medicamentos básicos, em períodos trimestrais (BRASIL, 2014).

Contudo, durante o tempo de funcionamento desta estratégia de padronização observou-se que esta era muito burocrática e inadequada para a complexidade do sistema. (BRASIL, 2014). Durante a discussão da PNAISP, decidiu-se que o recurso disponível para a assistência farmacêutica básica para PPL seria descentralizado aos estados, devendo ser incorporado ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica repassado aos Fundos Estaduais de Saúde ou (a depender da pactuação), aos Fundos Municipais de Saúde, em parcela única anual, porém, a assistência continua a ter como base a RENAME (BRASIL, 2014).

Embora o farmacêutico não esteja incluído no núcleo mínimo obrigatório do Programa de Saúde da Família, a Resolução Nº 07 de 14 de abril de 2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) estabelece que, para a

aquisição e dispensação de medicamentos, é necessário que a responsabilidade técnica sobre essas ações seja exercida por farmacêutico (BRASIL, 2003).

No sistema penitenciário a assistência farmacêutica compreende: seleção de medicamentos; programação e aquisição de produtos farmacêuticos; recebimento e armazenamento; distribuição; prescrição e dispensação, inclusive de medicamentos psicoativos. As farmácias das penitenciárias deveriam possuir farmacêuticos e auxiliares de farmácia para desempenhar essas atividades. Todavia, o que se apresenta na realidade é um número insuficiente de profissionais, o que impede a eficiência da assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

Com a gestão do incentivo e a aquisição direta dos medicamentos pelos estados, pretende-se que a cobertura da assistência seja mais efetiva e adequada às necessidades das pessoas privadas de liberdade nas unidades prisionais (BRASIL, 2014).

A efetiva estruturação da AF nas (RAS) é fundamental não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema (ARAÚJO et al., 2017).

Visto em várias situações, fica nítido a essencialidade do profissional farmacêutico nos estabelecimentos prisionais, cuja atribuição é promover o acesso e a dispensação dos medicamentos de forma racional e adequada, acompanhando e avaliando sua utilização, com vistas à obtenção de resultados concretos para a melhoria da qualidade de vida da população privada de liberdade (SÁ, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo da pesquisa e amostra

O presente estudo foi uma avaliação com caráter epidemiológico descritivo e ecológico, de série temporal realizado a partir de dados secundários de casos de notificação obrigatória da população carcerária no Brasil no recorte temporal entre os anos de 2015 e 2019.

Foi realizada uma análise da incidência e prevalência de agravos infecciosos na população privada de liberdade, tanto do gênero feminino como no masculino. O estudo avaliou a disponibilidade de farmácias/salas de estoque, bem como do profissional farmacêutico nas equipes de saúde que assistem as unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte. Os dados secundários que embasaram este estudo estão disponíveis no Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro (Infopen), através da base de dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

4.2 Variáveis do estudo e coleta de dados

As variáveis do estudo foram retiradas dos relatórios semestrais emitidos pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) sobre a situação da população privada de liberdade (PPL) com relação as doenças infecciosas, bem como a estrutura física dos serviços de saúde, quanto a disponibilidade de farmácia nas unidades.

Na base de dados do DEPEN, os dados foram obtidos com seleção, do ano, unidade da federação de notificação, PPL total, e PPL em regime fechado, disponibilidade de farmácia ou sala de estoque e presença do profissional farmacêutico na equipe de saúde que atende cada unidade prisional disponível. Além destas variáveis, foram selecionados os dados com relação a prevalência de doenças infecciosas como hepatites virais, tuberculose, HIV e sífilis entre a PPL, tanto no gênero masculino como no feminino.

Para compilação dos dados buscou-se pelos relatórios emitidos do Estado do Rio Grande do Norte entre o recorte temporal de 2015 e 2019, que são publicados semestralmente na plataforma de dados Infopen, do Ministério da Justiça e Segurança Pública.

4.3 Análise dos dados

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva, objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, bem como a média, porcentagem e desvio padrão (DP). Em seguida, analisou-se cada uma das tabelas estruturadas, de forma individual. A tabulação dos dados foi realizada no Microsoft Excel® 2019.

4.4 Aspectos éticos

Para compor este estudo foram utilizados exclusivamente dados de domínio público, não identificados. Desse modo, os preceitos éticos da legislação brasileira permitem a utilização desses dados secundários de domínio público, dispensando apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Unidades prisionais do Estado do Rio Grande do Norte

O Estado do Rio Grande do Norte é constituído por 167 municípios, agrupados em oito regiões sanitárias de saúde, instituídas por instâncias denominadas de Comissão Intergestores Regional (CIR): I região (Litoral Sul/Agreste); II região (oeste); III região (Mato Grande/Salineira); IV região (Seridó); V região (Trairi/Potengi); VI região (Alto Oeste); VII região (Metropolitana); e VIII (Vale do Açu).

Desse modo, o Infopen descreve que o Estado do Rio Grande do Norte conta com 18 unidades prisionais de detenção, distribuídas por 10 municípios pertencentes a seis regiões de saúde do Estado, como descrito na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades Prisionais pelo Estado do Rio Grande do Norte

(n)	Região de saúde	Cidade	Estabelecimento	Farmácia
1	II Região: Oeste	Apodi	Centro de Detenção provisória de Apodi	Não
2	IV Região: Seridó	Caicó	Penitenciária Desembargador Francisco Pereira da Nóbrega	Não
3	II Região: Oeste	Caraúbas	Cadeia Pública Promotor Manoel Alves Pessoa Neto	Não
4	III Região: Mato Grande/Salineira	Ceará-Mirim	Cadeia Pública Dinorá Simas Lima Deodato	Sim
5	II Região: Oeste	Mossoró	Cadeia Pública Desembargador Manoel Onofre de Souza	Sim
6			Complexo Penal Agrícola Dr. Mário Negócio	Não
7			Penitenciária Federal de Mossoró	Sim
8	VII Região: Metropolitana	Natal	Cadeia Pública Prof. Raimundo Nonato Fernandes	Não

9			Centro de monitoramento eletrônico	Não
10			Complexo Penal Dr. João Chaves	Sim
11			Unidade Psíquica de Custódia e Tratamento	Sim
12	I Região: Litoral Sul/Agreste	Nísia Floresta	Penitenciária Estadual Dr. Francisco Nogueira Fernandes	Sim
13			Penitenciária Estadual Rogério Coutinho Madruga	Sim
14	I Região: Litoral Sul/Agreste	Nova Cruz	Cadeia Pública Nominando Gomes da Silva	Sim
15	VII Região: Metropolitana	Parnamirim	Centro de Recebimento e Triagem	Sim
16			Centro de detenção provisório de Parnamirim	Não
17			Penitenciária Estadual de Parnamirim	Sim
18	VI Região: Auto Oeste	Paus dos Ferros	Complexo Penal Regional de Paus dos Ferros	Não

Fonte: Infopen (2020)

Com relação a estrutura física de acesso aos serviços de saúde, das unidades de detenção do Estado do Rio Grande do Norte (n=18), até dezembro de 2019, apenas 10 (55,5%) unidades contavam com farmácia ou sala de estoque pertencente a relação de serviços de saúde prisionais disponibilizados no interior das unidades (tabela 1), como discriminado na base de dados do Infopen (2020).

Ademais, a partir de 2015 o número de farmácias ou sala de estoque disponíveis nas unidades vem aumentando no Estado do Rio Grande do Norte. Como mostra a tabela 2. Entre os anos 2015 e 2019, houve um aumento de 66,6% no número de farmácias pertencentes as unidades.

No Brasil, 780 unidades de farmácias ou salas de estoque estão distribuídas entre as unidades prisionais da federação, e estão disponíveis para a população privada de liberdade. Desse número, 128 unidades (16,41%) voltadas para

distribuição de medicamentos pertencem a região Nordeste, e estão distribuídas entre os nove Estados que compõe a região (DEPEN, 2020).

Tabela 2 - Discriminação do número de farmácias ou sala de estoque disponíveis nas unidades prisionais do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.

Ano	Número de Farmácias
2015	06
2016	06
2017	06
2018	09
2019	10

Fonte: Infopen (2020)

Desse modo, as dez unidades de farmácias pertencentes ao Estado do Rio Grande do Norte representam 1,28% das unidades disponíveis no Brasil, e com relação a região Nordeste as dez farmácias representam 7,81% dos estabelecimentos disponíveis para população que habita o sistema penitenciário (DEPEN, 2020).

Entre os Estados da região Nordeste, o Rio Grande do Norte está em quarto lugar quanto a disponibilidade de farmácias nas unidades prisionais. O *ranking* com os três primeiros Estados é composto por: Bahia (70%), Piauí (69%) e Sergipe (60%). A classificação foi tabulada com base no número total de unidade prisionais e a presença de farmácias/salas de estoque nas unidades. Em toda região Nordeste o Estado de Pernambuco apresenta o maior número de farmácias (n=22), no entanto estas unidades representam 29% de todas as unidades prisionais, o que faz o Estado padecer no penúltimo lugar, seguido apenas pela Paraíba, com 16 farmácias que representam 20% da cobertura (DEPEN, 2020).

Não obstante, a disponibilidade de estabelecimentos para distribuição de medicamentos como farmácias/salas de estoque não significa a presença de profissionais farmacêuticos nas equipes de saúde das unidades prisionais, pois em nenhum relatório do período estudado o profissional foi descrito entre as equipes de saúde que estão prestando assistência a PPL.

Embora o PNAISP preveja a implantação de unidades básicas de saúde exclusivas nas unidades prisionais com PPL acima de 100 detentos, com inserção de uma equipe multiprofissional composta minimamente por cinco profissionais de nível

superior como: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e cirurgião-dentista, além de um profissional de nível médio como o técnico de enfermagem (BRASIL, 2012), a inclusão de uma farmácia dentro das unidades torna necessário a presença de um farmacêutico não somente para dispensação, mas também para orientar os pacientes quanto ao uso racional dos medicamentos que são distribuídos.

Portanto, de acordo com a PNM (1998), a entrega dos medicamentos à população deve ser garantida, mediante adequada prescrição e dispensação, visando promover o uso racional, que inclui a administração da medicação apropriada para a situação clínica (CARDINS et al, 2019).

Dessa forma, a ausência do profissional revela que os estabelecimentos funcionam sem a responsabilidade técnica do profissional. Portanto, a dispensação dos medicamentos e correlatos está sendo realizada por outras categorias.

5.2 População carcerária do Rio Grande do Norte

A partir dos relatórios semestrais disponibilizados pelo sistema Infopen, os números da PPL no Estado do Rio Grande do Norte, em todos os regimes de cumprimento de pena, foram tabulados entre os anos de 2015 e 2019, e estão descritos na tabela 3. Com base nos valores disponibilizados nos relatórios, o número da PPL aumentou em média 2% ao ano, durante o recorte temporal analisado.

Ademais, com relação ao gênero, os dados mostram que quantitativamente a PPL do Estado do Rio Grande Norte é composta em sua maioria pelo gênero masculino (94,03%), valor muito superior a PPL formada pelo gênero feminino (5,97%), que em todo o período avaliado, compõem um percentual inferior a 10% da PPL total.

Tabela 3 - População privada de liberdade no Estado do Rio Grande Norte entre os anos de 2015 e 2019.

Ano	População carcerária por gênero				
	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
2015	7.014	70,14%	633	6,33%	7.647

					76,47%
2016	5.985	59,85%	508	5,08%	6.493 64,93%
2017	6.094	60,94%	516	5,16%	6.610 66,10%
2018	8.319	83,19%	553	5,53%	8.872 88,72%
2019	9.549	95,49%	606	6,06%	10.155 101,15%

Fonte: Infopen, 2020

O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias destaca, em números absolutos, que o Brasil tem a quarta maior população prisional, ficando atrás de alguns países como os Estados Unidos, China e Rússia. Segundo relatório do International Centre for Prison Studies (ICPS), cerca de três milhões de pessoas no mundo estão presas provisoriamente e em mais da metade dos países observa-se que há uma tendência no uso dessa medida (DEPEN, 2014; OLIVEIRA et al. 2016).

A tabela 4 descreve a faixa etária da PPL do Rio Grande do Norte, entre os anos de 2015 e 2019. De modo geral, a idade dos apenados está concentrada entre 18 e 45 anos, no entanto, prevaleceu a idade entre 18 e 24 anos.

Tabela 4 - Perfil da População privada de liberdade por faixa etária no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.

Faixa etária	Gênero	Anos				
		2015	2016	2017	2018	2019
18 – 24 anos	Masculino	1.871 18,71%	1.283 12,83%	2.068 20,68%	1.449 14,49%	1.915 (9,15%
	Feminino	61 0,61%	78 0,78%	124 1,24%	146 1,46%	60 0,60%
25 – 29 anos	Masculino	1.222 12,22%	715 7,15%	1.414 4,14%	1.302 13,02%	1.543 15,43%
	Feminino	69 0,69%	23 0,23%	107 1,07%	123 1,23%	46 0,46%
30 – 34 anos	Masculino	746 7,46%	511 5,11%	920 9,20%)	945 9,45%	1.159 11,59%

	Feminino	42 0,42%	21 0,21%	83 0,83%	69 0,69%	29 0,29%
35 – 45 anos	Masculino	640 6,40%	497 4,97%	1.005 10,05%	829 8,29%	1.253 12,53%
	Feminino	28 0,28%	15 0,15%	124 1,24%	43 0,43%	42 0,42%
46 – 60 anos	Masculino	211 2,11%	176 1,76%	349 3,49%	389 3,89%	402 4,02%
	Feminino	13 0,13%	11 0,11%	48 0,48%	32 0,32%	13 0,13%
61 – 70 anos	Masculino	82 0,82%	37 0,37%	72 0,72%	14 0,14%	41 0,41%
	Feminino	06 0,06%	0 %	01 0,01%	02 0,02%	02 0,02%
Mais de 70	Masculino	21 0,21%	02 0,02%	02 0,02%	03 0,03%	10 0,10%
	Feminino	05 0,05%	0 %	0 %	0 %	01 0,01%
Não informou	Masculino	2.221 22,21%	2.764 27,64%	264 2,64%	3.388 33,88%	3.226 32,26%
	Feminino	409 4,09%	360 3,60%	29 0,29%	138 1,38%	413 4,13%
Total		7.647 76,47%	6.493 64,93%	6.610 66,10%	8.872 88,72%	10.155 10,55%

Fonte: Infopen, 2020

Assim, em 2019, 1.975 (19,45%) dos apenados estavam com idade entre 18 e 24 anos, deste grupo 96,96% (1.915) pertencem ao gênero masculino e 3,04% (60) ao gênero feminino. Destarte, a PPL entre 18 e 45 anos representa 59,55% dos apenados (6.047), onde deste grupo 97,07% (5.870) pertencem ao gênero masculino e 2,93% (177) ao feminino.

Os dados etários da PPL do Rio Grande do Norte, corroboram com os resultados gerais do país, onde segundo o Ministério da Justiça e Segurança Pública, 23,29% dos apenados têm entre 18 e 24 anos. Portanto, a partir dos dados dos grupos

etários descritos, os números apresentados mostram que 81,76% dos apenados estão entre 18 e 45 anos (DEPEN, 2020).

Com relação ao cumprimento da pena, em 2019, da PPL total do Estado, 4.296 cumpre pena em regime fechado, o que representa 42,30% da população total do Estado, os dados estão descritos na tabela 5. Entre os anos analisados, houve um aumento de 16,92% da PPL que convive em regime fechado no Estado do Rio Grande Norte.

Tabela 5 - População privada de liberdade convivendo em regime fechado no Estado do Rio Grande Norte entre os anos de 2015 e 2019.

Ano	População carcerária em regime fechado				Total
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
2015	3.421	34,21%	148	1,48%	7.647 76,47%
2016	2.955	29,55%	152	1,52%	6.493 64,93%
2017	3.431	34,31%	163	1,63%	6.610 66,10%
2018	3.669	36,69%	163	1,63%	8.872 88,72%
2019	4.120	41,20%	176	1,76%	4.296 42,96%

Fonte: Infopen, 2020

Segundo o DEPEN (2020), ao final de 2019 o Brasil contava com uma População Privada de Liberdade de 748.009 pessoas, cumprindo penas nos possíveis regimes descritos no código penal, destas 48,47% convivem em regime fechado. A PPL do Estado do Rio Grande do Norte, configura 1,36% das pessoas que cumprem pena no Brasil, segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública.

5.3 Agravos de saúde transmissíveis de notificação obrigatória no sistema prisional

No que condiz a saúde da PPL e seus principais determinantes de adoecimento com base na cidadania e nos princípios do SUS, conforme descrito na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em que o Estado deve garantir uma formulação e execução de políticas sociais e econômicas visando reduzir agravos e doença, assegurando a todos acessos universais e igualitários para promoção, proteção e recuperação da saúde (OLIVEIRA et al. 2016).

Com relação a saúde da PPL no Brasil, tem início após a aproximação do sistema prisional ao SUS, em 2002 com o projeto para implementação do (PNSSP). No Brasil, a maioria das doenças de notificação obrigatória são doenças transmissíveis com destaque para tuberculose, HIV, hepatites virais e IST, como a sífilis (DOLAN et al., 2016). Assim, com base nos dados do DEPEN, a PPL do Estado do Rio Grande do Norte, em 2019, apresentava 577 (5,68%) notificações de agravos transmissíveis como descrito na tabela 6.

Tabela 6: Incidência dos agravos transmissíveis na População Privada de Liberdade no Estado do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 e 2019.

Agravado	Gênero	Anos				
		2015	2016	2017	2018	2019
HIV	Masculino	30 0,30%	27 0,27%	23 0,23%	31 0,31%	59 0,59%
	Feminino	08 0,08	04 0,04%	06 0,06%	04 0,04%	03 0,03%
Sífilis	Masculino	33 0,33%	15 0,15%	22 0,22%	27 0,27%	59 0,59%
	Feminino	07 0,07%	0 %	20 0,20%	17 0,17%	18 0,18%
Hepatite	Masculino	14 0,14%	0 %	0 %	0 %	06 0,06%
	Feminino	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculose	Masculino	72 0,72%	37 0,37%	148 1,48%	99 0,99%	432 4,32%
	Feminino	0 %	01 0,01%	0 %	0 %	01 0,01%

Outros	Masculino	56 0,56%	01 0,01%	06 0,06%	0 %	0 %
	Feminino	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Total		220 2,20%	85 0,85%	225 2,25%	178 1,78%	577 5,77%

Fonte: Infopen, 2020

Entre o gênero masculino, o agravo que prevalece é a tuberculose, com 432 (XX%) notificações, seguido de Sífilis (59) e HIV (59) ambos com XX%. Contudo, quando se trata do gênero feminino o agravo mais notificado foi a sífilis, com maior incidência de casos a partir de 2017, e que contabilizou ao final de 2019 o total de 18 notificações. Entre o gênero feminino, o HIV é o segundo lugar em notificações que de modo contrário a sífilis, ao final de 2019 apresentou declínio no diagnóstico entre a PPL feminina.

Quanto a notificação dos agravos, com relação ao gênero masculino, os dados corroboram com a média de notificações do país, onde o agravo que prevalece entre os apenados é a tuberculose. Quanto a gênero feminino, as notificações prevalecem para HIV, seguido de sífilis. Neste grupo, as notificações no Rio Grande Norte não acompanham a média nacional, já que no Estado a prevalência é de notificações de sífilis (DEPEN, 2020)

Os dados de saúde informados acerca da PPL são concentrados nos agravos infecciosos, no entanto, os dados informados pelo Ministério da Justiça que estão relacionados aos agravos de saúde incidentes/prevalentes na PPL do país ainda são muito inferiores a realidade das unidades prisionais. Segundo o último relatório do DEPEN (2020), em toda a PPL, estimada em 748,009 apenados, apenas 31.742 foram notificados com agravos infecciosos, este valor representa uma frequência de 4,24% da PPL notificada. Os dados sugerem uma subnotificação quanto ao diagnóstico de agravos nas unidades.

Porém, em outros bancos de dados como o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) são notificados valores muito superiores de incidência e prevalência de agravos, como os infecciosos que são descritos pelo Ministério da Justiça. Além do SINAN especificar informações mais abrangentes, bem

como incluir outros agravos como dengue e hanseníase, por exemplo (DOLAN et al., 2016)

Entretanto, além dos agravos infecciosos, se faz necessário a inclusão no monitoramento, de outros agravos de saúde como as doenças crônicas e degenerativas e a doenças mentais. Estes agravos corroboram para o uso contínuo de terapias farmacológicas, a exemplo das substâncias psicoativas que são muito prevalentes dentro das unidades prisionais (ANDREOLI et al, 2014).

Neste sentido, a utilização das bases oficiais de notificação de agravos de saúde, como o SINAN e o DEPEN, é fundamental. Isso devido a importância que agrega para a análise situacional da saúde prisional e, neste sentido, contribuir para estruturação e formulação de políticas voltadas para a PPL. No entanto, estes dados podem apresentar limitações, pois podem não refletir a magnitude das doenças entre estas pessoas devido a elevada condição de subnotificação nas unidades prisionais (JOB NETO, 2019).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou dados que mostram que no Estado do Rio Grande do Norte a PPL ainda não é assistida pelo profissional farmacêutico, embora metade das unidades prisionais tenham farmácia/sala de estoque na infraestrutura física.

A PPL do Rio Grande do Norte, está ascendente desde 2017, sendo prioritariamente composta pelo gênero masculino entre 18 e 34 anos. A PPL feminina representa menos de 10% dos apenados do Estado, onde as detentas, em sua maioria, estão entre 18 e 34 anos. Com relação aos agravos de saúde, na PPL masculina a tuberculose é responsável pelo maior número de notificações. Entretanto, na PPL feminina a sífilis está entre o maior número de notificações.

A alta frequência dos agravos infecciosos, oriunda das condições insalubres da PPL no país, requer uma maior vigilância em unidades prisionais. Este fato implica no reconhecimento de que estas intervenções beneficiam toda a sociedade, visto que não apenas os detentos e suas famílias são beneficiados, como também as comunidades às quais estes detentos retornam causando um impacto diretamente na saúde pública do país.

Desse modo, mesmo com subnotificações, as informações contidas nas bases dos sistemas de informação nacionais fornecem um norte para o monitoramento e análise da situação da saúde nas unidades prisionais, pois é a única fonte de dados disponíveis.

REFERENCIAS

ALCANTARA, R. L. S.; SOUSA, C. P. C.; SILVA, T. S. M. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia, 2018. Brasília, Psicol. cienc. prof. vol.38 no.spe2. Brasília, 2018.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600088&lng=en&nrm=iso .

ALQUIMI, F. A. Comportamento de Risco para HIV em População Carcerária de Montes Claros. Revista UNIMONTES CIENTÍFICA, Montes Claros, v.16, n.1 jan/jun. 2014.

ANDREOLI SB, DOS SANTOS MM, QUINTANA MI, RIBEIRO WS, BLAY SL, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of São Paulo, Brazil. PLoS ONE 9(2): e88836. 2014.doi:10.1371/journal.pone.0088836.

ARAÚJO, S. Q., et. al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde, 2017. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1181-1191/pt/> .

BARSAGLINI, R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios, 2016. Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26(4): 1429-1439, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429

BECCARIA, Cesare. Dos delitos e das penas. São Paulo : Madra Editora, 1998.

BITENCOURT, César R. Falência da pena de prisão. 3. Ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

BRASIL. Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Lei da Execução Penal (LEP). – Brasília (DF), 1984.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. (2017a). Levantamento nacional de informações penitenciárias (Infopen). - Brasília (DF), 2017^a. Disponível em:

<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf> .

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), edição, 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 20-?. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pnaisp>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 20-?. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp/assistencia-farmaceutica>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos (PNM). Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Brasília (DF): 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html .

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), edição, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf .

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretária de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf .

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, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html .

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), edição 2014 Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf> .

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Coordenação de Saúde do DEPEN. (2020a). Brasília, DF. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/SAUDEPRISIONALSEI_MJ11406541NotaTcnica.pdf

CARDINS, K.K.B.; FREITAS, C.H.S.M.; SIMÕES, M.O.S.; COSTA, G.M.C. Acesso e uso racional de medicamentos no sistema prisional da Paraíba. Esc. Anna Nery. Vol.23 no Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000200224&script=sci_arttext&tIng=pt

CARDOSO, C.; OLIVEIRA, L. F.; DE ARAÚJO, I.C.E.V. Utilização de medicamentos por reeducandos em unidades prisionais. In: Congresso Interdisciplinar-ISSN: 2595-7732. 2019.

DOLAN K,WIRTZ AL,MOAZEN B,NDEFFO-MBAH M,GALVANI A,KINNER SA,COURTNEY R,MCKEE M,AMON JJ,MAHER L,HELLARD M,BEYRER C,ALTICE FL. 2016. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. Lancet.2016 Sep 10;388(10049):1089-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30466-4.

DOURADO, J.L.G.; ALVES, R.S.F. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. Boletim – Academia Paulista Psicologia Vol.39 no 96. São Paulo. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100006

FALCONI, R. Sistema presidial: reinserção social? São Paulo: Ícone, 1998.

FERREIRA JUNIOR, S; OLIVEIRA, H.B.; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 16, p. 100-113, 2013.

FINKLER, M. Prevalência e fatores de risco associados à Hepatite B, Hepatite C e HIV em uma penitenciária do interior do estado do Rio Grande do Sul – RS. Repositório Institucional UNISC. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11624/1256>

JESUS, L.O.; SCARPARO, H.B.K.; LERMEN, H.S. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia, n. 41, 2013.

JOB NETO, F. Doenças infecciosas no sistema prisional: dados dos sistemas de informação de saúde e do sistema prisional. 2019. 77 f. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

LERMEN, H.S.; GIL, B.L.; CÚNICO, S.D.; JESUS, L.O. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2015.v25n3/905-924/pt/#> .

LIMA, G.M.B.; NETO, A.F.P.; AMARANTE, P.D.C.; DIAS, M.D.; FILHA, M.O.F. Saúde em Debate. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300008&lng=pt&tlng=pt .

NASCIMENTO, L.G.; BANDEIRA, M.M.B. Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, p. 102-116, 2018.

LIMA, A.; ALVARENGA FILHO, J.R. A Potência do Cuidado: uma Experiência no Sistema Prisional de Pernambuco. Psicol. cienc. prof. , Brasília, v. 38, n. spe2, p. 117-130, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932018000600117&lng=pt&nrm=iso .

MACHADO, A.E.B.; SOUZA, A.P.R.; SOUZA, M. C. Sistema penitenciário brasileiro—origem, atualidade e exemplos funcionais. Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito, v. 10, n. 10, p. 2176-1094, 2013.

MENEZES, B. S.; MENEZES, C. P. P. “O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais”. 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/o-acesso-a-saude-no-sistema-penitenciario-a-in-observancia-da-lei-de-execucoes-penais/> .

MIRABETE, Júlio F. Manual de direito penal. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. S.; Constantino, P. (2015). Deserdados sociais: Condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

MONTEIRO, B. C. S. “A lei de execução penal e o seu caráter ressocializador”, 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-153/a-lei-de-execucao-penal-e-o-seu-carater-ressocializador/> .

MORAES, H.V.B. O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana Como Norteador de um Sistema Penal Constitucionalizado, 2011.

OLIVEIRA, L.G.D; NATAL, S; CAMACHO, L.A.B. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 543-554, 2015.

OLIVEIRA, T.F.F.; FERREIRA, P.J.O.; ROSA, R.K.G. Perfil de saúde no sistema penitenciário brasileiro: uma revisão integrativa da literatura brasileira. Revista expressão católica. 2016. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1384>

ROLIM, M. (2004). Prisão e ideologia: Limites e possibilidades para a reforma prisional no Brasil. Center for Brazilian Studies, 48, 38-85

SÁ, M. R. R. A Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Distrito Federal, 2017. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/20926>

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B. (2016). Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: A experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2071-2080.

SILVA, A. V. B. A, FILGUEIRAS, R. M. O. Guia Farmacoterapêutico do Sistema Penitenciário do Estado do Ceará. Secretaria da Justiça e Cidadania, Fortaleza, 2010.

SOARES, A.M. et al. Lei de Execução Penal (LEP) em penitenciária de segurança máxima para ressocialização de apenados: *Revista Multitexto*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 57-66, ago. 2017. ISSN 2316-4484. Disponível em: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/248> .

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS – Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=4815.

TAVARES, M. de S; DIAS, M. da S; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. v.8, n. 1, p.102-106, 2010.

ZANOTTO, D. R.; RUSSOWSKY, I. S. O Sistema Penitenciário Brasileiro E A Atual Ineficácia Na Finalidade Da Pena Em Ressocializar Os Condenados No Brasil”, 2020. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-194/o-sistema-penitenciario-brasileiro-e-a-atual-ineficacia-na-finalidade-da-pena-em-ressocializar-os-condenados-no-brasil/>>