

**A Inserção do Profissional Farmacêutico no Sistema Prisional Brasileiro:  
uma análise da legislação brasileira com relação ao farmacêutico nos  
cuidados da população privada de liberdade.**

*The Pharmacist Professional Insertion in the Brazilian Penitentiary System: an  
analysis of Brazilian legislation regarding the pharmacist in the population  
deprived of liberty care.*

*La Inserción del Profesional Farmacéutico en el Sistema Penitenciario Brasileño:  
un análisis de la legislación brasileña con relación al farmacéutico en los cuidados  
de la población privada de libertad.*

*Thamara Do Nascimento Costa  
Carlo Dimitri Martins E Arruda  
Anildes Iran Pereira Sousa  
Elizabeth Regina De Castro Borba*

**RESUMO**

O grande índice de doenças crônicas e infectocontagiosas entre a população prisional demonstra claramente a incapacidade do Estado em cumprir com seu dever de garantir saúde a todos, sem discriminação. Um dos elementos fundamentais na promoção e recuperação da saúde diz respeito em prover a devida Assistência Farmacêutica. Nesta conjuntura, o estudo pretende identificar, analisar e expor como a assistência e a atuação farmacêutica estão inseridas nas políticas em saúde voltadas para as pessoas privadas de liberdade, bem como apresentar os motivos que tornam esse profissional imprescindível no sistema prisional brasileiro. A legislação analisada revela-se contraditória ao passo em que prevê serviços que integram a assistência farmacêutica, como a dispensação de medicamentos, sem disponibilizar o único profissional legalmente habilitado para tais funções: o farmacêutico. Para que a assistência farmacêutica seja capaz de oferecer resultados positivos frente ao insalubre sistema prisional, a inserção do profissional farmacêutico, além de obrigatória, é necessária na promoção de estratégias terapêuticas e no uso racional de medicamentos.

**Palavras-chaves:** Direito à Saúde, Farmacêuticos, Assistência Farmacêutica, Política Pública, Prisões.

**ABSTRACT**

The high rate of chronic and infectious diseases among the prison population clearly demonstrates the State's inability to comply with its duty to ensure health for all without discrimination. One of the fundamental elements in the health's promotion and recovery is to provide the proper Pharmaceutical Assistance. At this juncture, the study intends to identify, analyze and explain how the assistance and pharmaceutical activities are inserted in health policies aimed at people deprived of their liberty, as well to present the reasons that make this professional essential in the Brazilian prison system. The legislation analyzed is contradictory

for provides services that integrate pharmaceutical care, such as the dispensing medications, without providing the only professional legally qualified for such functions: the pharmacist. In order for pharmaceutical assistance to be able to offer positive results in the face of the unhealthy prison system, the insertion of the pharmacist, as well as being mandatory, is necessary in promoting the rational use of medicines.

**Keywords:** Right to Health, Pharmacists, Pharmaceutical Services, Public Policy, Prisons.

## RESUMEN

El gran índice de enfermedades crónicas e infectocontagiosas entre lapoblación penitenciaria demuestra claramente laincapacidaddel Estado para cumplirconsudeber de garantizarsalud a todos, sindiscriminación. Uno de los elementos fundamentalesenlapromoción y recuperación de lasalud se refiereenproveerladebidaAsistenciaFarmacéutica. En esta coyuntura, elestudio pretende identificar, analizar y exponercómolaasistencia y laactuaciónfarmacéuticaestán insertadas enlas políticas ensalud dirigidas a las personas privadas de libertad, así como presentar los motivos que hacen a este profesionalimprescindibleenel sistema penitenciariobrasileño. La legislaciónanalizada resulta contradictoriaal paso que prevé servicios que integranlaasistenciafarmacéutica, como ladispensación de medicamentos, sin prever el único profesional legalmente habilitado para tales funciones: elfarmacéutico. Para que laasistenciafarmacéuticasea capaz de ofrecer resultados positivos frente al insalubre sistema prisional, lainserción del profesional farmacéutico, además de obligatoria, es necesariaenlapromoción del uso racional de medicamentos.

**PalabrasClave:** Derecho a la Salud, Farmacéuticos, Servicios Farmacéuticos, Política Pública, Prisiones.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com maior número de presos do mundo, chegando a ultrapassar a marca de 700 mil pessoas privadas de liberdade (PPL), representando um aumento de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90. A maioria dos estabelecimentos de aprisionamento são custodiados por Secretarias Estaduais de Administração Prisional e Justiça – Sistema Penitenciário Estadual – e, de forma alarmante, cerca de 78% destes encontram-se em estado de superlotação<sup>1</sup>.

Entre as questões mais críticas no Sistema Prisional Brasileiro (SPB) está a superlotação associada a outras adversidades como a infraestrutura precária, assistência à saúde insuficiente (ou inexistente), violência, dentre outros<sup>2</sup>. Este ambiente insalubre favorece a proliferação e o contágio das mais diversas moléstias, sendo a tuberculose, hepatites, hanseníase e HIV/AIDS as doenças mais incidentes na população prisional. Outros fatores que contribuem para o

agravamento da saúde dos detentos incluem a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas e a falta de higiene<sup>2</sup>.

A realidade do SPB, incompatível com o princípio constitucional da dignidade humana é incapaz de cumprir com sua função ressocializadora, uma vez que direitos básicos como a saúde são negligenciados<sup>3</sup>. Além disso, esta condição presente no SPB configura um problema de saúde pública, pois a disseminação de doenças coloca em risco as PPL, os trabalhadores das penitenciárias, os familiares de ambos e a comunidade na qual os detentos ou apenados irão inserir-se após o período cárcere<sup>4</sup>.

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é um direito social assegurado a todos no território nacional. Aponta ainda que cabe ao Estado garanti-la por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”, e também, “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>5</sup>. Para tanto, ao elaborar e executar as políticas de assistência à saúde, o Estado deve considerar as necessidades salutaras ocasionadas pelo confinamento das PPL, de modo que esta população também seja assistida, integralmente, pelo sistema público de saúde, atualmente denominado Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>.

O direito à saúde das PPL foi instituído em 1984, por meio da Lei de Execução Penal (LEP). Considerada um marco na conquista de direitos sociais para os presos, define que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”<sup>7</sup>.

Nesse panorama, o profissional farmacêutico assume papel de destaque pois tem a responsabilidade técnica pela execução da Assistência Farmacêutica. Esta consiste em atividades que utilizam o medicamento como principal ferramenta para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças<sup>8</sup>. Indispensáveis para a sua devida execução, estão competências e habilidades conferidas ao profissional farmacêutico, além de atribuições privativas a ele, conforme previstas em leis e decretos. Entretanto, no cenário prisional, é observado que esse profissional possui baixa ou nenhuma inclusão nas políticas em saúde desenvolvidas para as PPL.

Deste modo, o presente artigo tem por objetivo analisar a inserção do profissional farmacêutico nas políticas em saúde voltadas para o âmbito prisional, à luz da legislação brasileira, assim como enfatizar a importância da atuação do profissional farmacêutico na aplicação dos Cuidados Farmacêuticos a serem disponibilizados e monitorados na comunidade privada de liberdade.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo de revisão narrativa incluindo espécies normativas, documentos técnicos, pautas de reuniões, manuais e artigos científicos relacionados assistência à saúde no contexto prisional, em especial, os que tratassem da Assistência Farmacêutica destinada as pessoas privadas de liberdade. O estudo foi baseado nos sites de instituições nacionais, tais como o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Conselhos Federais e Regionais de Farmácia. Na estratégia de busca de artigos científicos, utilizaram-se três recursos informacionais, sendo uma base dados eletrônicas (LILACS), uma biblioteca digital (SciELO) e um buscador acadêmico (Google Acadêmico), empregando os descritores “Sistema Prisional”, “Saúde” e “Assistência Farmacêutica”, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal.

A pesquisa normativa para a execução do estudo analisou os documentos da legislação nacional, no que diz respeito a assistência farmacêutica voltada para população prisional, considerando a Constituição Federal, a legislação infraconstitucional, a legislação infralegal e a consulta de decisões relativas ao tema de Tribunais de Justiça pátrios, tais como: a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003, a Resolução Nº 07 de 14 de abril de 2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a Política Nacional de Atenção Integral das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014 dentre outras normas.

Em conjunto com os documentados citados acima examinaram-se leis e decretos que listam as atividades exclusivas do profissional farmacêutico. Por último, para enfatizar os Cuidados Farmacêuticos adotaram-se os conceitos e serviços detalhados na série de cadernos temáticos intitulados “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”.

## **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO AO LONGO DOS ANOS**

O conceito de prisão surgiu associado a ideia de custódia e tortura, onde o prisioneiro não possuía qualquer direito. Tal entendimento ainda se perpetua em uma parcela da sociedade, que insiste em não enxergar as PPL como cidadãos, resultado assim, em grandes obstáculos na elaboração e execução de políticas sociais em saúde para eles<sup>9</sup>.

A LEP foi a primeira política social a garantir, legalmente, o direito a saúde para todas as PPL, em regime provisório ou apenada e, como já supracitado, também definiu que a assistência à saúde do preso deverá contar com o atendimento médico, odontológico e farmacêutico. No que tange a este último serviço, a lei não discriminou como ele deveria ser aplicado e nem a quem cabia a responsabilidade técnica. A LEP ainda afirma que seriam publicadas em até seis meses após a sua promulgação, para o êxito de dispositivos não auto-aplicáveis<sup>7</sup>. No entanto, mesmo com esta previsão, não se encontrou durante esta pesquisa publicação complementar que detalhasse sobre o referido atendimento farmacêutico.

Passados dez anos de exercício da LEP, surge a Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994 do CNPCP que tratou das Regras Mínimas para Tratamento dos Presos no Brasil. Essa resolução fixou produtos farmacêuticos apenas para “internação médica ou odontológica de urgência”<sup>10</sup> e, além disso, restringiu os cuidados em saúde ao citar apenas o médico como o responsável pela saúde mental e física dos presos.

Na medida que o número de pessoas aprisionadas aumentava no SPB, a questão de saúde padecia, visto que o crescimento desta população não foi acompanhado de novas instalações e serviços capazes de combater o estado patológico das penitenciárias<sup>11</sup>. A Resolução nº 14 de 1994 do CNPCP foi pouco eficaz na garantia de condições mínimas no ambiente prisional e solidificar o direito a saúde mencionado na LEP.

Visando estabelecer diretrizes para as atividades em Saúde no SPB, o CNPCP publicou a Resolução nº 07, de 14 de abril de 2003, recomendando a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde<sup>12</sup>. Definiu que, para a aquisição e dispensação de medicamentos é necessário o farmacêutico<sup>12</sup>. Apesar de limitar a atuação do profissional a estas atividades, foi a primeira norma no âmbito prisional, a citar e incluir o farmacêutico nas ações em saúde.

Ainda em 2003 um importante avanço nas políticas sociais para as PPL foi conquistado com a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo preceitos basearam-se nos princípios

e diretrizes do SUS, tais como universalidade, integralidade e equidade<sup>13</sup>. O Plano estipulou ações e serviços voltados para a atenção básica, para serem desenvolvidos por equipes multiprofissionais para cada 500 presos, em unidades prisionais femininas, masculinas e psiquiátricas<sup>14</sup>.

Quanto a Assistência Farmacêutica, o Plano tratou sobre seu financiamento; dos procedimentos para aquisição dos medicamentos, padronizados com base na Relação Nacional de Medicamentos Essencial (RENAME) vigente; de normas técnicas para as instalações destinadas a guarda dos medicamentos e determinou que cada estado conte com um profissional farmacêutico para desempenhar as atividades referentes a Assistência Farmacêutica<sup>14</sup>. Ocorre que, paradoxalmente, o farmacêutico não foi incluído nas equipes mínimas de profissionais de saúde e os serviços de Assistência Farmacêutica do Plano não contemplavam a totalidade de atuação deste profissional.

A PNSSP esteve em atividade pouco mais de dez anos, mas ainda eram necessários alcançar todas as pessoas em privação de liberdade e ampliar os serviços em saúde, de modo a humanizar e qualificar a atenção a saúde no sistema prisional<sup>15</sup>. Nesta ótica, em 2013 foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça em 2003, o Grupo de Trabalho com objetivo de elaborar Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional<sup>15</sup>.

Surge então a PNAISP, fruto de debates que ocorreram entre 2012 e 2013, com a participação de diferentes segmentos da sociedade, como pesquisadores, entidades governamentais, egressos do sistema prisional, entre outros<sup>15</sup>. Em específico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou nos dias 16 e 17 de julho de 2013 uma oficina na qual elaboraram sugestões para serem incorporadas ao texto da PNAISP<sup>16</sup>.

Uma das pautas discutidas levantou questionamentos acerca da dispensação de medicamentos psicotrópicos, considerando que nem todas as unidades prisionais contam com um farmacêutico. O próprio CONASS reconhece que esse é um ponto importante para a operacionalização da PNAISP<sup>16</sup>, mas se absteve de inclui-lo nas diretrizes, limitando-se a listar tal problemática como ponto a ser debatido posteriormente.

Considerada também um grande marco na conquista de direitos sociais destinados às PPL, a PNAISP foi institucionalizada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014<sup>17</sup>. Passou a incluir em suas ações de promoção e prevenção em saúde, toda a população sob a tutela do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança<sup>17</sup>. Conduziu grandes avanços na atenção à saúde assim como ampliou a noção de garantias de direitos sociais no contexto prisional<sup>13</sup>.

No que concerne à Assistência Farmacêutica, seu texto prevê que esta seria regida em norma própria, neste caso, a Portaria GM/MS nº 2.765, publicada em 12 de dezembro de 2014. Esta Portaria tratou sobre o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, determinando que compete à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou, eventualmente, às Secretarias de Saúde dos Municípios os serviços de “selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques e prazos de validade e distribuir e dispensar os medicamentos”<sup>18</sup>. Apesar de definir sobre as atividades de Assistência Farmacêutica, a Política não elenca sobre a presença do profissional farmacêutico, antes prevista na PNSSP.

As Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) foram reestruturadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, na qual institui normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS<sup>19</sup>. Porém, esta portaria que vigora até os dias de hoje, também não inclui o farmacêutico no quadro de profissionais mínimos para compor as ESP, sendo facultativo sua presença na medida que novos profissionais podem ser incluídos, conforme o número de custodiados.

Por último, o CNPCP revogou Resolução nº. 7, de 14 de abril de 2003 com a publicação da Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014, aprovando novas Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas. Sobre a aquisição e a dispensação de medicamentos a norma definiu que elas deverão ser geridas pelo SUS e, a definição dos medicamentos a serem utilizados no sistema prisional de cada estado deverá ser baseada na RENAME<sup>20</sup>. Para a aquisição de medicamentos especializados e estratégicos, o listado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS deverá ser observado<sup>20</sup>. Novamente não é tratado sobre a responsabilidade técnica das atividades envolvendo medicamentos.

Considerando as normas consultadas, percebe-se que ao longo da construção da legislação em saúde voltada para as PPL, é de praxe os legisladores se absterem de elencar adequadamente o único profissional com competência (legal e técnica) para desempenhar as atividades que envolvem a Assistência Farmacêutica.

## **A AUSÊNCIA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E O AMPARO LEGAL DE SUA ATUAÇÃO**

No Brasil, a Farmácia possui regulamentação ampla e clara quanto a competências e responsabilidades técnicas de seus profissionais. O Decreto nº 85.878/81 aponta em seu art. 1º, as atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos, dentre elas, a dispensação de medicamentos<sup>21</sup>. Para a fiscalização do exercício da profissão farmacêutica a Lei nº 3.820/60, cria os conselhos regionais e federais de farmácia e os destinam a zelar pela fiel observância das atividades farmacêuticas<sup>22</sup>. Outra regra importante, diz respeito à Lei nº 13.021/14, que torna obrigatória a presença do farmacêutico em farmácias, sejam elas públicas ou privadas<sup>23</sup>.

Porém, em completo contrassenso a legislação vigente e ao respeito com o usuário de medicamentos, o Estado de São Paulo em 2014 entrou com Ação Judicial (Processo nº 0011584-87.2014.4.03.6100) contra o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) na tentativa eximir-se da obrigatoriedade da presença do farmacêutico nos estabelecimentos penitenciários do Estado. Ocorre que este requerimento se mostrou infrutífero, tendo em vista que 4ª Vara Cível Federal da Subseção Judiciária de São Paulo julgou pela completa improcedência do pedido.

A ação movida pelo Estado de São Paulo revela a visão defeituosa com que os gestores do Estado tratam o profissional farmacêutico e, conseqüentemente, a Assistência Farmacêutica. Lamentavelmente essa não é uma condição que atinge apenas o Estado de São Paulo, mas apenas um pequeno reflexo que percorre todo o território nacional<sup>24</sup>. A fragilidade da Assistência Farmacêutica com que é tratada no contexto de unidades prisional se deve, possivelmente, pela ambigüidade da legislação em saúde voltada para o SPB que, por um lado prevê assistência farmacêutica para as PPL, mas por outro não inclui devidamente o farmacêutico no quadro de profissionais de saúde.

Sabe-se que o farmacêutico quando investido em cargo público, tem especialmente o dever de contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva, com ações voltadas principalmente para a prevenção<sup>25</sup>. Deste modo, é completamente incongruente institucionalizar uma política de atenção integral à saúde, sem elencar o farmacêutico nas equipes mínimas de profissionais, como é o caso da PNAISP.

É interessante ressaltar que a inserção do farmacêutico na atenção básica do sistema de saúde prisional é imprescindível para obtenção de resultados em saúde, levando em consideração não só sua participação nas etapas que englobam a Assistência Farmacêutica, mas

também em atribuições clínicas, regulamentadas pela Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia<sup>26</sup>.

## **POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

A população prisional é formada predominantemente por homens jovens entre 18 e 29 anos com baixa escolaridade<sup>1</sup>. No que diz respeito à saúde, as condições insalubres de confinamento aumentam o risco de doenças infectocontagiosas relacionadas ao aparelho respiratório, às práticas sexuais e ao uso de drogas injetáveis<sup>27,28</sup>. Além disso, existe uma prevalência significativa de hipertensão arterial, transtornos psicossociais e distúrbios gastrointestinais entre as PPL, como aponta o estudo epidemiológico realizado em 2015 na unidade de Saúde do Conjunto Penal de um município do estado da Bahia<sup>28</sup>.

Estudo envolvendo mulheres privadas de liberdade na Região Metropolitana do Recife revelou que aproximadamente 4% da população estudada era portadora da hanseníase<sup>29</sup>. No estado do Piauí, 8,4% dos internos do sistema prisional apresentaram positividade para casos de sífilis<sup>30</sup>. No ano de 2017, 10,5% (n=7.317) dos novos casos de tuberculose registrados no Brasil pertenciam a população prisional e o risco de desenvolver a doença nesta população foi 28 vezes maior que o da população geral<sup>31</sup>.

Estes estudos, dentre muitos outros, exemplificam a problemática em saúde que atinge todas as PPL, reforçando a necessidade de serviços que possam reduzir a disseminação e a morbimortalidade destas doenças, seja crônica ou infectocontagiosa. Nessa conjuntura, a atuação do profissional farmacêutico torna-se uma importante estratégia nos serviços de saúde, pois ela inclui ações munidas de conhecimentos técnicos-científicos e valores éticos, centradas na promoção e recuperação da saúde utilizando o medicamento como uma de suas ferramentas de intervenção<sup>32</sup>.

É inegável o papel dos medicamentos nos processos terapêuticos para obtenção de cura, prevenção de agravos, para atenuar doenças, assim como auxiliarem em diagnósticos clínicos, porém, para que seu uso ocorra de forma segura e eficaz, é necessário a inclusão de serviços farmacêuticos que não se limitem a aquisição e dispensação de medicamentos<sup>33,34</sup>, como é o caso da legislação em saúde voltada as PPL. Tais serviços dizem respeito aos Cuidados Farmacêuticos que incluem serviços de clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógica<sup>33</sup>.

<sup>34</sup>.

No contexto da Assistência Farmacêutica, o Cuidado Farmacêutico consiste em ações integradas com as equipes de saúde para prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrada no usuário de medicamentos<sup>34</sup>. Visa estabelecer dispensação de medicamentos e medidas terapêuticas de forma racional, com serviços clínicos para a detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) que incluem os Erros de Medicação (EM) e as Reações Adversas a Medicamentos (RAM)<sup>34,35</sup>. Os EM são eventos evitáveis que podem ou não causar danos ao paciente, classificados em função da sua ocorrência na terapêutica, podendo ser os relacionados aos erros de prescrição, erros de dispensação e erros de administração<sup>35</sup>. Já as RAM são efeitos danosos inevitáveis que ocorrem durante a utilização de medicamentos em doses normais<sup>35</sup>.

Estes serviços de clínica farmacêutica destinam-se a elaboração de planos e seguimentos individuais essenciais na obtenção de resultados sólidos em saúde, uma vez que permitem identificar eficientemente as RAM e obter o alcance máximo na detecção, prevenção e resolução de PRM<sup>34-36</sup>. Assim sendo, é possível acompanhar a evolução de cada caso, elaborando medidas que visem a diminuição do abandono terapêutico, bem como as que confirmam melhor da qualidade de vida do paciente<sup>34</sup>.

Entre algumas das metodologias de Cuidados Farmacêuticos podem ser aplicados no sistema prisionais estão o SOAP (Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano); PWDT (Pharmacist's Workup of Drug Therapy) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica; TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) ou Monitorização de Resultados Terapêuticos e Dáder<sup>35-37</sup>.

Diante disso, atuando em conjunto das equipes multiprofissionais da PNAISP, o profissional farmacêutico será capaz de aumentar a adesão as terapias medicamentosas delicadas e de longa duração, como é na tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e outras doenças incidentes na população prisional<sup>39-41</sup>; assim como contribuir para estratégias de adesão a terapias de desintoxicação para o álcool e outras drogas muito comum entre as PPL e altamente prejudiciais as farmacoterapias e a saúde de usuários<sup>2, 42, 43</sup>. Auxiliará na economia de gastos públicos com a Assistência Farmacêutica por meio da seleção e padronização dos medicamentos a serem utilizados, considerando o perfil epidemiológico das unidades prisionais; bem como diminuindo a perdas de medicamentos e outros insumos por danos, armazenamento incorreto, extravios e furtos<sup>44</sup>.

Nos cuidados as PPL que possuam doenças crônicas como diabetes e hipertensão, a atenção farmacêutica é essencial no controle de níveis glicêmicos e pressão arterial,

respectivamente. Caso contrário, essas doenças podem a longo prazo levar morbidades debilitantes ou óbito<sup>38,45</sup>. Para tanto, as ações são centradas primordialmente na paciente via dispensação e orientação quando ao uso de medicamentos, esquemas posológicos, adesão ao tratamento, identificação de PRM e resolução de eventuais problemas a estes relacionados<sup>38,45</sup>.

Como já supramencionado, a realidade das unidades prisionais brasileiras favorece a disseminação de enfermidades infectocontagiosas, dentre elas a tuberculose<sup>40</sup>, uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, cuja transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente através das vias respiratórias<sup>46</sup>.

Com o intuito de minimizar a prevalência desta doença no ambiente prisional, o CNPCP publicou a Resolução nº 11, de 07 de dezembro de 2006, definindo diretrizes básicas para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no sistema penitenciário nas Unidades da Federação<sup>42</sup>. Esta portaria dispõe que para o controle da tuberculose devam ser realizados a busca de casos positivos e, para o tratamento da doença estipula que deva iniciar-se de forma supervisionada, diariamente, para todos casos diagnosticados, além de oferecer sorologia anti-HIV; registrar em Livro de Registro os casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos<sup>47</sup>.

De modo geral o tratamento inclui esquemas terapêuticos que possuem no mínimo quatro drogas, onde é comum a observação do surgimento de PRM e RAM, levando a muitos a não aderirem as terapias e, por conseguinte culminam na recidiva da doença ou mesmo resistência aos antibióticos utilizados<sup>48, 49</sup>. Portanto, mais uma vez a atuação do farmacêutico, dentro das equipes de saúde é imprescindível, tendo em vista sua efetividade em oferecer adequações, alternativas e resolutivas relacionadas a farmacoterapias complexas, como a da tuberculose<sup>48, 49</sup>.

Semelhante ao tratamento da tuberculose, é o do HIV/ AIDS – também com altos índices nas PPL<sup>2</sup> – requer ações assistenciais com vistas à oferta de exames, diagnósticos, tratamento e medidas preventivas de segurança em saúde dos custodiados<sup>50</sup>. Desta forma, a inserção do farmacêutico está diretamente envolvida com a adesão ao tratamento antirretroviral, orientações pertinentes quanto à posologia e mais uma vez, redução de PRM<sup>51,52</sup>.

Vale ainda citar o papel do farmacêutico nos cuidados de pessoas com transtornos psicossociais, também muito incidente em PPL, cabendo-lhe ações e intervenções aqui já mencionadas (atenção e seguimento farmacêutico) que visem o uso racional de medicamentos<sup>53,54</sup>. Além disso, segundo a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 prevê

que a dispensação de medicamentos de psicotrópicos e outros controlados são de atribuição privativa do farmacêutico<sup>55</sup>, tornando assim sua presença indispensável nas políticas de atenção psicossocial de unidades prisionais. Questionamento este, já levantado pelo CONASS<sup>16</sup>.

Portanto, no contexto da assistência à saúde no SPB, o farmacêutico é o profissional mais capacitado em impulsionar estratégias que envolvam, principalmente, os medicamentos e que sejam sensíveis a condições limitantes do confinamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando as espécies normativas destinados a garantir assistência à saúde no sistema prisional brasileiro, fica claro a construção de uma contraditória política de assistência farmacêutica, visto que ao longo dos anos, ela não foi acompanhada pela devida previsão legal do profissional farmacêutico nas ações e equipes de saúde no âmbito prisional. É atribuição exclusiva do farmacêutico a dispensação de medicamentos, mas ainda que tal atribuição seja garantida por leis e decretos, o poder público por vezes tenta negar o direito a assistência farmacêutica de qualidade as pessoas privadas de liberdade. Cabe lembrar que estas sob tutela do Estado perderam o direito, temporariamente, à liberdade, porém, preservam-se os demais direitos sociais, como a saúde.

O papel do farmacêutico não se restringe apenas ao ato de entregar medicamentos ao usuário, mas, inseridos em equipes multiprofissionais, podem desenvolver serviços potencialmente capazes de conferir melhora na deplorável questão de saúde das PPL e também nos gastos públicos. Além da dispensação de medicamentos, existem outros serviços centrados no paciente que utilizam o medicamento como ferramenta para promoção e recuperação da saúde como os Cuidados Farmacêuticos.

As doenças que mais incidem na população privada de liberdade são as de natureza infectocontagiosas, crônicas e os transtornos mentais que exigem, quase sempre, o uso a longo prazo de vários medicamentos, frequentemente acompanhados de reações que comprometem a adesão aos tratamentos. Deste modo, a inclusão do profissional farmacêutico nas equipes de saúde da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, acrescida de serviços que integram os Cuidados Farmacêuticos tornam-se estrategicamente necessários a cura e ao controle de doenças, uma vez que esses serviços permitem o monitoramento, a adequação e adesão de esquemas terapêuticos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Junho de 2016. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2016. Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)>. Acesso em 01 jul. 2018.
2. Assis RD. A Realidade Atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. Rev. CEJ. 2007;39:74-78.
3. Gois SM, Santos Jr HPdO, Silveira MA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc. Saúde Colet. 2012;17(5):1235-46.
4. Diuana V,L, Huilier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(8):1887-96. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017)>. Acesso em: 01 jul. 2018
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 498p. Disponível em:<[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.
6. Matta GC. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007; Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
7. (Brasil). Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília. Diário Oficial da União 13 jul. 1984; Seção 1. 1984. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm)>. Acesso em: 01 jul. 2018
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018
9. Bitencourt CR. Falência da Pena de Prisão: causas e alternativas. 4 ed. São Paulo: Saraiva; 2011.
10. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução nº 14, 11 de novembro de 1994. Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Diário Oficial da União 02 dez 1994; Seção 1. Disponível em:<<http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
11. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. Um debate oportuno. Civitas 2013 jan-abr; 13(1):93-117. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/12592>>. Acesso em: 01 jul. 2018
12. Brasil. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Diário Oficial da União 02 dez 1994; Seção 1. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2003resolu07.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2003resolu07.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018
13. Lermen HS, Gil SDC, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis Rev Saúde Colet 2015; 25(3):905-24
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018

15. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis* 2016 out./dez;26(4):1429-39. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização. |. Brasília: CONASS; 2013 (CONASS. Nota técnica). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/02/NT-33-2013-Poli%CC%81tica-Sau%CC%81de-Prisional.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2018.
17. Ministério da Saúde (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 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 03 jan 2014; Seção 1. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
18. Ministério da Saúde (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. Diário Oficial da União 15 dez 2014; Seção 1. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765\\_12\\_12\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html)>. Acesso em: 15 mar. 2018
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Diário Oficial da União 02 abr 2014; Seção 1. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/123163-482.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018
20. Ministério da Justiça (Brasil). Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014.. Diário Oficial da União 23 jul 2014; Seção 1 Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
21. Brasil. Decreto nº 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820/1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 09 abr. 1981; Seção 1. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85878-7-abril-1981-435600-norma-pe.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.
22. Brasil. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 21 nov. 1960; Seção 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3820-11-novembro-1960-354345-norma-pl.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.
23. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Brasília. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União 11 ago 2014; Edição extra. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm)>. Acesso em 01 jul. 2018
24. Silva GKN, Vedovello VP, Fegadolli C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. UNIMEP. In: Anais da mostra acadêmica UNIMEP; 2008; São Paulo, Brasil. Piracicaba: UNIMEP; 2008. [cerca de 7p.] [acessado 2018 jul 01]:. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>.
25. Conselho Federal De Farmácia (Brasil). Resoluções nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Código de ética da profissão farmacêutica. Diário Oficial da União 25 mar, 2014; Seção 1.
26. Conselho Federal de Farmácia (Brasil.). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 set, 2013; Seção 1. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2018

27. Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Carvalho HB. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidência de transmissão parenteral no encarceramento. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5):431-6.
28. Alves JP, Brazil JM, Nery AA, Vilela ABA, Filho IEM. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de Liberdade. *Rev. enferm.* 2017 out;11(10):4036-44.
29. Ferreira LOC, Andrade AR, Santos TMF, Melo MCB, Rocha TTA. Prevalência de Hanseníase em Mulheres Privadas de Liberdade na Região Metropolitana do Recife em 2013. *Rev. Saúde Pesqui* 2016 mai/ago; 9(2): 227-33.
30. Souza ATS. Prevalência da sífilis e fatores de risco associados em internos do sistema prisional do Piauí. Teresina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Piauí, 2016.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (MS. Boletim Epidemiológico).
32. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacêutico en el sistema de atención de salud. Informe de um grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: OMS; 1988. Disponível em: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
33. Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2 ed. São Paulo:, Manole; 2007
34. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde: cuidado farmacêutico na atenção básica [caderno 1]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf).
35. Aizenstein ML, Tomassi MH. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. *Rev ciênc farm. básica apli* 2011;32(2):169-173.
36. Santos HM, Ferreira PI; Ribeiro PL; Cunha I. Introdução ao seguimento farmacoterapêutico. GICUF-ULHT; 2007.
37. Hepler CD, Segal R. Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach: CRC Press; 2003.
38. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária: Porto Alegre: Artmed; 2013.
39. Endlich A, Alfano DP. A Importância da atenção farmacêutica na adesão aos tratamentos com antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. 2011. Vitória. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2011.
40. Andrzejewski A, Limberger JB.; Tuberculose no Sistema prisional: Revisão sistemática da epidemiologia, diagnóstico e tratamento farmacológico. *RDS* 2013; 14(2):189-198.
41. Silva AS. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com Hanseníase em uma unidade Básica de Saúde. *Hansen Int.* 2015; 40 (1): p. 9-16.
42. Santos JS dos. Intervenções farmacêuticas na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas. Lagarto (SE). Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Sergipe; 2017.
43. Faria MB. Atenção Farmacêutica em dependentes químicos institucionalizados. Pindamonhangaba (SP) Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Faculdade de Pindamonhangaba; 2017. Disponível em: <<http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123456789/426/1/MarianaFARIA.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
44. Andrade LB. O Papel do Farmacêutico no Âmbito Hospitalar. Recife (PE). Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa; 2015. Disponível em: <<http://cceursos.com.br/img/resumos/o-papel-do-farmac-utico-no--mbito-hospitalar.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018

45. Castro MS, Chemello C, Pilger D; Junges F, Bohnen L, Zimmerman LM, Paulino MA, Jacobs U, Ferreira MBC, Fuchs FD. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev.Bras. Hipertens.* 2006;13(3):198-202.
46. Silva Jr JBd. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. *J. bras. Pneumol.* 2004; 30:57-86.
47. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução CNPCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006. Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação. *Diário Oficial da União* 29 dez, 2006; Seção 1. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-11-de-07-de-dezembro-de-2006.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
48. Santos A, Pereira D; Silva O, Lopes L. Seguimento farmacoterapêutico em pacientes com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. *Rev ciênc farm básica apl.* 2009;27(3):269-273.
49. Silva FFAV, Cavalcante LL, Nobre RH, Nogueira, YNV, Vasconcelos LMO. Cuidado Farmacêutico ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar. *Mostra Científica da Farmácia.* 2018;4(1). Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1980>>
50. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução nº 02, de 29 de outubro 2015. Apresenta recomendações que visam à interrupção da transmissão do HIV, das hepatites virais, da tuberculose e outras enfermidades entre as pessoas privadas de liberdade. *Diário Oficial da União* 13 nov, 2015; Seção 1. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/2015-numero-2.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2018
51. Amaral MF, Amaral RG, Provin MG. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. *Rev.eletronica farm.* 2008;5(1):60-66.
52. Primo LP. Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antirretroviral (TARV): Universidade de São Paulo. Dissertação. Ribeirão Preto, 2015
53. Lopes LMB, Grigoletto ARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde Braz. *J. Health.* 2011;1:1-14.
54. Noto AR, Galduróz JCF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciênc. Saúde colet.* 1999;4:145-151.
55. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União* 01 fev 1999 Seção 1 (republicada). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)>. Acesso em: 01 jul. 2018