

ADEQUAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Sheila Manoela Flora^a

<https://orcid.org/0000-0002-5214-1513>

Gerusa Clazer Halila Possagno^b

<https://orcid.org/0000-0002-1821-1047>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera^c

<https://orcid.org/0000-0003-1680-9165>

Edmarlon Giroto^d

<https://orcid.org/0000-0001-9345-3348>

Resumo

O presente estudo tem como objetivo desenvolver indicadores de estrutura, processo e resultados da assistência farmacêutica (AF) penitenciária e validá-los segundo a forma e conteúdo. Para isso, o desenvolvimento metodológico constituiu-se pela elaboração de um painel de indicadores da AF prisional. A elaboração do instrumento de trabalho e a validação de seu conteúdo e forma foram realizados com a utilização da técnica Delfos. Para a inclusão dos indicadores, foi considerada uma concordância entre os especialistas selecionados de 80,0%. O grupo foi composto por dez farmacêuticos que atuam em áreas ligadas à AF. O primeiro instrumento elaborado e submetido a julgamento contemplava 114 indicadores (52 de estrutura, 49 de processo e 13 de resultado). Foram necessárias três rodadas para definição da estrutura, forma e conteúdo dos indicadores, totalizando 50 indicadores validados (28 de estrutura; 16 de processo e 6 de resultado). Os resultados refletem a opinião de especialistas na área e o consenso obtido, validando os indicadores

^a Mestre em Assistência Farmacêutica. Farmacêutica no Departamento Penitenciário do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: xeflora@gmail.com

^b Doutora em Ciências Farmacêuticas. Docente na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: gerusach@hotmail.com

^c Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente na Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: vanessadenardi@hotmail.com

^d Doutor em Saúde Coletiva. Docente na Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: edmarlon78@gmail.com

Endereço para correspondência: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Avenida Robert Koch, n. 60, Vila Operária. Londrina, Paraná, Brasil. CEP: 64000-020. Email: edmarlon78@gmail.com

construídos. O uso da técnica Delfos foi pertinente, pois não há dados históricos relacionados ao tema e a opinião de profundos conhecedores da temática proporciona a construção de uma linha de ação coerente e confiável.

Palavras-chave: Prisões. Assistência farmacêutica. Estudos de validação. Técnica Delfos.

ADAPTATION AND VALIDATION OF INDICATORS OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN THE PENAL SYSTEM

Abstract

This study seeks to develop indicators of structure, process and outcomes of penitentiary pharmaceutical assistance (PA) and validate them according to form and content. This is a methodological development study consisting of the elaboration of a prison PA indicator panel. The elaboration of the instrument and its content and form validation were performed using the Delphi technique. For the inclusion of the indicators, an agreement among the selected experts of 80.0% was considered. The group was composed of 10 pharmacists that worked in areas related to Pharmaceutical Assistance. The first instrument elaborated and subjected to judgment included 114 indicators (52 structure, 49 process indicators and 13 result indicators). It took three rounds to define the structure, shape and content of the indicators, totaling 50 validated indicators (28 structure, 16 process and 6 result indicators). The results reflect the opinion of experts in the field and the consensus obtained, which validates the indicators built. The use of the Delphi technique was pertinent, since there is no historical data related to the theme and the opinion of deep knowledge of the subject provides the construction of a coherent and reliable line of action.

Keywords: Prisons. Pharmaceutical services. Validation studies. Delphi technique.

ADECUACIÓN Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN EL SISTEMA PENITENCIARIO

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar indicadores de estructura, proceso y resultados de la asistencia farmacéutica penitenciaria (AF) y validarlos de acuerdo con forma y contenido. Para ello, como metodología se desarrolló un panel de

indicadores de AF de la prisión. La elaboración del instrumento de trabajo y la validación de su contenido y forma se llevaron a cabo utilizando la técnica Dephi. Para la inclusión de los indicadores, se consideró un acuerdo del 80,0% entre los expertos seleccionados. El grupo estaba compuesto por 10 farmacéuticos que trabajan en áreas relacionadas con la AF. El primer instrumento desarrollado y sometido a juicio incluyó 114 indicadores (52 de estructura, 49 de proceso y 13 de resultado). Se necesitaron tres rondas para definir la estructura, la forma y el contenido de los indicadores, totalizando 50 indicadores validados (28 de estructura; 16 de proceso y 6 de resultado). Los resultados reflejan la opinión de expertos en el área y el consenso obtenido, que valida los indicadores construidos. El uso de la técnica Dephi fue pertinente, ya que no hay datos históricos relacionados con el tema y la opinión profundizada de expertos sobre el tema proporciona elaborar una línea de acción coherente y confiable.

Palabras clave: Prisiones. Servicios farmacéuticos. Estudios de validación. Técnica Delfos.

INTRODUÇÃO

Na Idade Média, dos anos 476 até 1453, o cárcere era apenas um local de custódia de criminosos, com o objetivo de conservar aqueles que seriam submetidos a castigos corporais e à pena de morte¹. No início do século XIX, o modelo de pena de morte foi abandonado e tem início a privação de liberdade com enfoque na reeducação dos criminosos. Inicia-se, assim, a superlotação das prisões com infratores, as quais não possuíam infraestrutura adequada para a longa permanência dos presos².

No Brasil, essa desestruturação dos presídios se perpetua até hoje e colabora para o fato de a pena privativa de liberdade não cumprir adequadamente sua finalidade de ressocializar. Isso é comprovado ao ser analisada a taxa de reincidência criminal da população carcerária³ que, segundo estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em acordo de cooperação técnica com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), é de aproximadamente 25%⁴.

O atendimento em saúde à Pessoa Privada de Liberdade (PPL) é previsto na Lei de Execução Penal e inclui o acesso à assistência farmacêutica (AF)⁵, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grupo de serviços e atividades relacionados ao medicamento, destinados a apoiar as ações de saúde⁶.

Entretanto, não é suficiente considerar que há atenção integral à saúde quando a AF é reduzida à logística de medicamentos, pois é necessário agregar valor às ações e aos serviços por meio de profissionais qualificados, seleção de medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos, programação e aquisição adequadas e no momento oportuno, gerenciamento de estoques, entre outras ações⁷. Assim, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica destaca que o conceito de AF extrapola o ciclo logístico, envolvendo desde a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos até a garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, com foco em ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde⁸.

A resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária estabelece que as condutas relacionadas à aquisição e dispensação de medicamentos sejam exercidas por profissional farmacêutico⁹. Na prática, porém, verifica-se que grande parte das unidades prisionais do país não contam com esse profissional na realização de tais atividades, o que pode gerar a ineficiência dos processos relacionados à AF. Essa deficiência de gestão pode gerar perdas de grandes somas de recursos¹⁰, além de deficiências no cuidado do paciente no que tange à oferta e manejo do uso de medicamentos.

A revisão integrativa realizada por Cardins et al.¹¹ não identificou publicações no território brasileiro que discutam a AF nas prisões. A revisão ainda aponta que a saúde no sistema prisional é considerada um problema em potencial no mundo todo, o que dificulta o desenvolvimento da AF e, conseqüentemente, contribui para a escassez de estudos sobre o assunto. Além disso, uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária identificou estudos em todos os continentes, mas todos voltados ao perfil sociodemográfico e às condições de saúde dos encarcerados¹².

Atualmente, a assistência farmacêutica penitenciária está em momento de transição. Os profissionais envolvidos têm o objetivo de elevar a qualidade do serviço, e a construção e utilização de indicadores como ferramenta gestão pode ser uma estratégia útil e necessária para tal. Dessa forma, a falta de estudos relacionados ao tema, bem como as orientações propostas pela OMS¹³, Ministério da Saúde¹⁴ e Conselho Federal de Farmácia¹⁵ para a aplicação de indicadores nos serviços justificam o presente estudo.

Em adição, a realidade prisional é muito diferente da encontrada nas secretarias de saúde espalhadas pelo país¹⁶. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores específicos para a AF na área prisional, como forma de fortalecer a gestão desse componente no contexto de saúde das PPL. Sendo assim, o presente estudo objetivou desenvolver indicadores

de estrutura, processo e resultados da assistência farmacêutica penitenciária e validar os indicadores segundo a forma e conteúdo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico constituído pela elaboração de um painel de indicadores da assistência farmacêutica prisional.

Os indicadores apresentados para avaliação dos especialistas emergiram de uma pesquisa documental e bibliográfica de indicadores de AF já existentes e aplicados na área de saúde pública. A pesquisa bibliográfica foi efetuada por meio dos seguintes descritores: indicadores de assistência farmacêutica; avaliação da assistência farmacêutica; gestão da assistência farmacêutica; assistência farmacêutica penitenciária; saúde no sistema prisional. Foram consultadas as bases eletrônicas SciELO e LILACS. Como não foi realizada uma revisão sistemática da temática, optou-se por termos mais específicos e que não necessariamente estavam presentes nos Descritores de Ciências da Saúde (Decs) ou Medical Subject Headings (MeSH).

Uma das ferramentas mais utilizadas na avaliação de serviços de saúde é o modelo SPO (*structure-process-outcomes*), de Donabedian (1984), que sistematiza os indicadores para a avaliação da qualidade nos três níveis SPO¹⁷, e foi a estrutura adotada nesse estudo.

A elaboração do instrumento de trabalho e validação de conteúdo e forma foram realizados por meio da técnica Delfos, para a qual se realiza uma consulta a um grupo de especialistas por meio de um questionário, que é repassado continuamente até que um consenso seja obtido¹⁸.

A escolha para compor o quadro de especialistas deste estudo se baseou na busca de profissionais que atuam na gestão da AF penitenciária; doutores na área de AF em universidades; profissionais atuantes na AF de secretarias estaduais e municipais de saúde; e profissionais do Conselho Regional de Farmácia. A intenção foi formar um grupo heterogêneo e detentor do conhecimento dentro de vários segmentos da AF, desenvolvendo, assim, um instrumento realmente bem avaliado e que não deixasse de abordar qualquer aspecto possível dentro da área.

Foram, então, convidados a participar do estudo 13 profissionais. O convite foi feito por meio eletrônico e, em alguns casos, pessoalmente. No primeiro contato, um resumo do estudo foi encaminhado para que os profissionais tomassem conhecimento do projeto e decidissem se aceitariam ou não o convite. Desses, 12 convidados, a princípio,

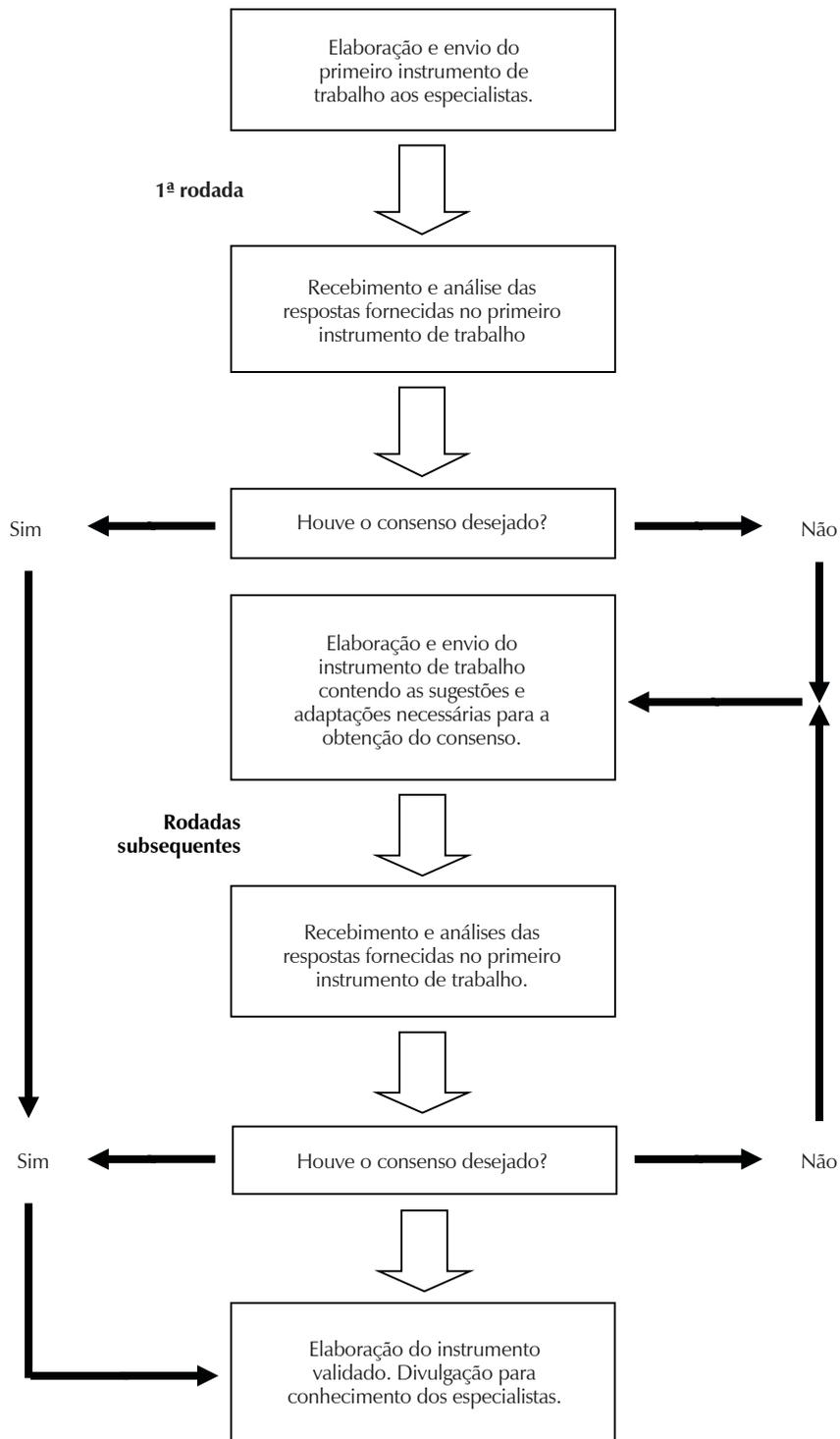
aceitaram compor o painel de especialistas. Posteriormente, dois deixaram o estudo por razões pessoais, e por essas razões o grupo final consultado foi composto por dez especialistas da área.

O levantamento de dados ou de opiniões foi implementado com o uso de um formulário construído e disponibilizado em um endereço eletrônico. Quando preenchidas pelos participantes, as respostas apareciam imediatamente na plataforma do Google Forms do usuário que desenvolveu o formulário, que apresenta ainda ferramentas estatísticas que possibilitam a análise dos dados coletados¹⁹.

Ao receber o link do instrumento via e-mail, o especialista deveria analisar e se pronunciar a respeito de cada indicador sugerido, assinalando uma das seguintes opções conforme seu entendimento: (1) Concordo totalmente: indicador se enquadra na avaliação da assistência farmacêutica penitenciária; (2) Concordo parcialmente: o avaliador concorda com a importância do uso do indicador, mas tem sugestões para melhorá-lo; (3) Discordo parcialmente: ao assinalar essa opção, o avaliador entende que o indicador não seria importante para o objetivo proposto, mas pode fazer apontamentos com o intuito dar mais coerência ao enunciado e, assim, torná-lo um indicador relevante; (4) Discordo totalmente: quando o indicador proposto não se enquadra na avaliação da AF penitenciária e deve ser excluído definitivamente do instrumento proposto.

A literatura menciona não haver uma norma pré-definida para estabelecer o nível de consenso, no entanto, alguns estudos apontaram um intervalo confiável de 50% a 80%²⁰. Para este estudo, adotou-se o consenso de 80% para inclusão ou exclusão do indicador proposto. Ou seja, os indicadores que obtivessem um consenso de, no mínimo, 80% com a opção “concordo totalmente” seriam mantidos definitivamente no instrumento de trabalho. Na mesma ótica, o indicador que apresentasse um consenso de, no mínimo, 80% com a alternativa “discordo totalmente” seria excluído definitivamente da próxima rodada. Quando prevalecessem as opções “concordo parcialmente” e/ou “discordo parcialmente”, o indicador era revisto e submetido a uma nova rodada de revisão. Na **Figura 1**, pode ser observado um fluxograma esquemático do funcionamento da técnica Delfos.

Figura 1 – Fluxograma de avaliação dos indicadores propostos segundo a técnica Delfos. Curitiba, Paraná – 2018



Fonte: Adaptado de Wright e Giovinazzo¹³.

Antes da avaliação do grupo de indicadores inicialmente proposto, foi encaminhado aos profissionais convidados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e apenas após a concordância tinha início a avaliação dos indicadores. Esta pesquisa teve aprovação da Direção Clínica do Departamento Penitenciário do Estado do Paraná e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 93558818.3.0000.5231).

RESULTADOS

As características dos dez especialistas selecionados e que aceitaram participar da pesquisa estão apresentadas no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Apresentação do grupo selecionado para compor o painel de especialistas do estudo. Curitiba, Paraná – 2018

	Formação	Área de atuação	Tempo de atuação
01	Pós-Doutorado junto ao Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália e Livre-Docência junto ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP.	Docência no Ensino Superior	19 anos
02	Doutorado em Ciências pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto.	Docência no Ensino Superior	3 anos
03	Doutorado em Ciências Farmacêuticas – Medicamentos e Cosméticos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto.	Docência no Ensino Superior	8 anos
04	Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FCFRP-USP) (2010), na área de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica.	Docência no Ensino Superior	5 anos
05	Mestrado em Ciências (Bioquímica) pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).	Consórcio Paraná Saúde e Comissão da Assistência Farmacêutica no Serviço Público do CRF-PR	8 anos
06	Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFPR).	Secretaria Municipal de Saúde. Central de Abastecimento Farmacêutico.	6 anos
07	Especialização em Saúde Pública – Escola de Saúde Pública do Paraná.	Secretaria de Saúde do Paraná. Central de abastecimento Farmacêutico 2º Regional.	8 anos
08	Especialização em Ciências Farmacêuticas/Atenção Farmacêutica (UFPR).	Assistência farmacêutica, Sistema Penitenciário do Paraná.	24 anos
09	Especialização.	Assistência farmacêutica, Sistema Penitenciário do Mato Grosso do Sul.	15 anos
10	Especialista em Assistência Penitenciária.	Assistência farmacêutica, Sistema Penitenciário Federal.	10 anos

Fonte: Elaboração própria.

Pela revisão da literatura não sistemática, um primeiro instrumento foi desenvolvido contendo, no total, 114 indicadores divididos em três diferentes contextos, sendo 52 *indicadores de estrutura*, 49 de *processo* e 13 de *resultado*. Esse instrumento foi então apresentado aos juízes do estudo por meio do formulário eletrônico desenvolvido e estruturado (primeira rodada), o qual recebeu 100% das respostas pelos especialistas.

Nessa primeira rodada, houve consenso para a manutenção do indicador (concordo totalmente $\geq 80\%$) em 16 dos 52 *indicadores de estrutura* inicialmente propostos, o que equivale a 30,8%. No que se refere aos *indicadores de processo*, nessa rodada encontrou-se consenso para a manutenção de 16 indicadores, dos 49 inicialmente propostos (32,6%).

Finalizando essa rodada, quanto aos indicadores relacionados no contexto *resultado*, houve consenso para a manutenção de 4 indicadores dos 13 inicialmente propostos, o que equivale a 30,8%. Assim como os indicadores propostos para estrutura e processo, não houve nenhum indicador de resultados com consenso para exclusão (discordo totalmente $\geq 80\%$).

Ainda, vale destacar que houve indicadores com amplo consenso de manutenção, mas que apresentaram comentários de especialistas sobre ser repetitivos, com propostas de mudança na forma de redação, entre outras sugestões.

Na segunda rodada de análise, o instrumento com os indicadores reelaborado foi novamente enviado aos especialistas, com retorno de 100% das respostas. Encontrou-se, nessa etapa, quanto aos indicadores de *estrutura*, consenso para a manutenção (concordo totalmente $\geq 80\%$) em 27 indicadores dos 28 propostos, o que equivale a 96,4%.

Em relação aos *indicadores de processo*, 11 dos 17 propostos apresentaram consenso para a manutenção, totalizando 64,7%. Com isso, seis indicadores que apresentaram consenso inferior a 80% deveriam compor a terceira rodada. Quanto aos *indicadores de resultados*, essa rodada apresentou consenso para a manutenção (concordo totalmente $\geq 80\%$) em seis indicadores dos seis propostos, o que equivale a 100% de consenso.

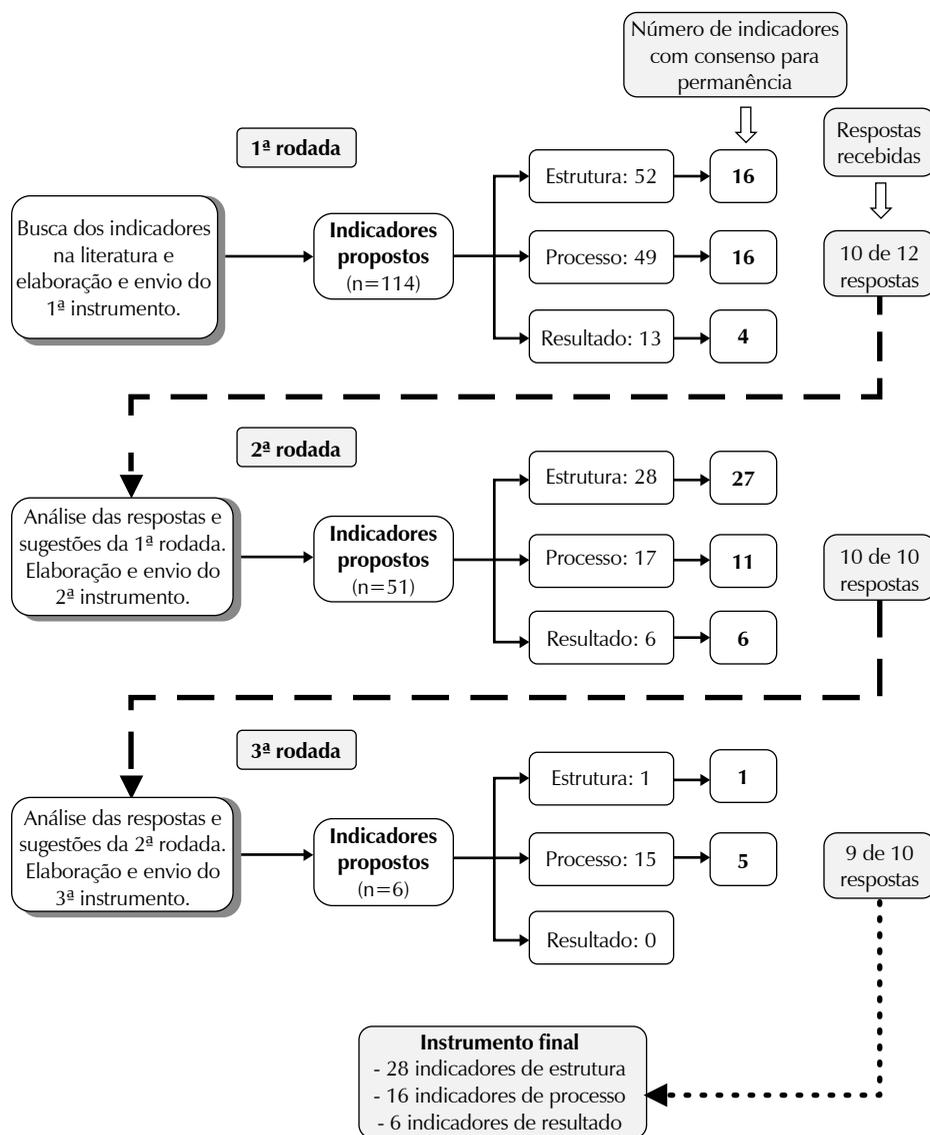
Dos 51 *indicadores de estrutura, processo e resultados* apresentados na segunda rodada, 44 (86,2%) obtiveram concordância para sua permanência no instrumento de, no mínimo, 80%. Nenhum indicador teve consenso de, no mínimo, 80% para sua exclusão.

O terceiro instrumento foi elaborado a partir das análises e sugestões dos especialistas em relação ao segundo instrumento apresentado, e, como ocorreu nas rodadas anteriores, o instrumento foi enviado aos especialistas por e-mail. Porém, obteve-se respostas de somente 9 dos 10 profissionais consultados que participaram da primeira e da segunda rodada.

Na terceira, o instrumento construído apresentava apenas um *indicador de estrutura* e cinco *indicadores de processos*, uma vez que dos seis indicadores de processo que não atingiram consenso de manutenção na segunda rodada, houve junção de dois em um único indicador.

Desses seis indicadores propostos, 4 apresentaram um consenso para manutenção (concordo totalmente $\geq 80\%$). Os outros dois não apresentaram tal consenso, mas as sugestões apontadas referiam-se à redação, e não ao conteúdo, e por essa razão, os pesquisadores decidiram mantê-los no instrumento final após pequenos ajustes, não sendo necessária a quarta rodada. Todo o processo está descrito na **Figura 2**.

Figura 2 – Fluxograma esquemático da aplicação da técnica Delfos neste estudo para definição dos indicadores propostos. Curitiba, Paraná – 2018



Fonte: Elaboração própria.

Importante destacar que, para cada rodada, foi dado um prazo de 15 dias para os especialistas retornarem com seus julgamentos. Entretanto, para todas elas, foi necessário aumentar este prazo para 30 dias devido ao não retorno de muitos especialistas no prazo determinado.

Após todo esse processo, chegou-se ao desenvolvimento e validação final dos indicadores da assistência farmacêutica penitenciária, composto por 28 *indicadores de estrutura*, 16 de *processo* e 6 de *resultados*, os quais podem ser verificados no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Indicadores da assistência farmacêutica penitenciária. Curitiba, Paraná – 2018.

(continua)

1. Dimensão estrutura
1.1 Existência de estrutura organizacional na qual as atividades são desenvolvidas de forma organizada e coordenada.
1.2 Existência de um local específico para a farmácia nas unidades prisionais.
1.3 Existência de infraestrutura adequada, com ambientes separados e identificados para as seguintes ações: - atividades administrativas; - recebimento de insumos; - armazenamento; e - separação.
1.4 Existência de condições adequadas de transporte de medicamentos da Central de Abastecimento farmacêutico às unidades prisionais.
1.5 Avaliação de fornecedores para tomada de ações corretivas em caso de descumprimento do prazo, quantidade, qualidade ou falta de documentação.
1.6 Medicamentos são recebidos de acordo com edital da licitação e o parecer técnico de conformidades, sendo avaliados, entre outros itens: condição ou estado do material e divergência entre o material/produto entregue e o constante na nota fiscal.
1.7 Existência de dados sobre o número de profissionais que atuam na assistência farmacêutica, sendo eles farmacêuticos e/ou técnicos de farmácia e suas respectivas funções.
1.8 Existência de plano de educação permanente para profissionais da assistência farmacêutica visando avanços farmacoterapêuticos, farmacovigilância e o uso racional de medicamentos.
1.9 Existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou Grupo Técnico.
1.10 Existência de uma lista de Relação de Medicamentos Essenciais do serviço, devidamente atualizada e baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
1.11 Disponibilização aos profissionais de saúde de todas as unidades prisionais da Relação de Medicamentos Essenciais do serviço, em local visível e de fácil acesso.
1.12 Existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para todas as fases do ciclo da assistência farmacêutica: - seleção; - programação; - aquisição; - armazenamento; - distribuição; e - dispensação.
1.13 Presença do setor de coordenação da assistência farmacêutica no organograma da Secretaria Estadual de Segurança Pública ou congêneres.
1.14 Existência de número suficiente de farmacêuticos que atuam na gestão da assistência farmacêutica na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) do Departamento Penitenciário.
1.15 Existência de farmacêuticos atuando em todas as unidades prisionais do Departamento Penitenciário.
1.16 Existência de certidão de regularidade expedida pelo Conselho Regional de Farmácia na CAF e nas farmácias das unidades prisionais.

Quadro 2 – Indicadores da assistência farmacêutica penitenciária. Curitiba,
Paraná – 2018.

(continuação)

1. Dimensão estrutura
1.17 Existência de Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária Municipal.
1.18 Existência de protocolos para a realização de atividades preventivas com o intuito de reduzir a perda de medicamentos por validade na CAF.
1.19 Existência de protocolos para a realização de atividades preventivas com o intuito de reduzir a perda de medicamentos por validade nas farmácias das unidades penais.
1.20 Existência de protocolo que oriente a compra de medicamentos que não constem na Relação de Medicamentos Essenciais do Sistema Penitenciário.
1.21 Existência de recursos orçamentários específicos para aquisição de medicamentos dentro do orçamento destinado à saúde.
1.22 Autonomia da coordenação da assistência farmacêutica sobre os recursos financeiros destinados à compra de insumos.
1.23 Existência de dados que demonstrem o percentual dos recursos programados para a assistência farmacêutica não executados.
1.24 Existência de um cronograma que demonstre o tempo necessário para a realização de cada modalidade de aquisição (pregão eletrônico, dispensa de licitação; consórcio), para planejamento e execução dentro dos prazos necessários.
1.25 Existência de dados a respeito do número de medicamentos adquiridos por via judicial e compra direta.
1.26 Existência de fluxo estabelecido através de protocolos para medicamentos dos componentes estratégicos e especializados da assistência farmacêutica.
1.27 Existência de farmacêuticos nas equipes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP).
1.28 Existência do Plano de Gerenciamento de resíduos da saúde.
2. Dimensão processo
2.1 Participação da coordenação da assistência farmacêutica nas ações, programas ou atividades relacionados à saúde da população privada de liberdade.
2.2 Realização de reuniões periódicas dos farmacêuticos que atuam na gestão da assistência farmacêutica com os responsáveis pelas farmácias das unidades prisionais.
2.3 Realização de controle de estoque através de contagem e organização dos medicamentos de forma periódica.
2.4 Utilização de um sistema informatizado para controle de estoque que forneça relatórios com informações atualizadas sobre as movimentações de entrada e saída de medicamentos.
2.5 Utilização de um sistema informatizado que permita a busca de informações relacionadas ao histórico de consumo de medicamentos do usuário de forma nominal.
2.6 Programação, a partir de um conjunto de informações gerenciais obtidas através do levantamento de informações epidemiológicas, do financiamento, da relação de medicamentos essenciais e do consumo histórico.
2.7 Consulta ao banco de preços para orientação e formação de base de preços para licitações.
2.8 Existência de relatórios que contemplem informações a respeito de erros na dispensação e administração de medicamentos.
2.9 Existência de profissional farmacêutico habilitado para a realização de consultas farmacêuticas e análises farmacoterapêuticas das prescrições.
2.10 Realização de reuniões regulares (a cada três meses) da CFT ou Grupo Técnico.
2.11 Atualização periódica da relação de medicamentos essenciais do sistema, sempre que necessário.
2.12 Utilização de protocolos ou diretrizes para auxiliar no cuidado do paciente e uso racional de medicamentos.
2.13 Realização de análise farmacoterapêutica de prescrições pelo farmacêutico e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia.
2.14 Notificação de problemas relacionados a medicamentos por profissionais de saúde e de segurança, através de formulário específico.
2.15 Realização de orientações farmacológicas por parte do farmacêutico à equipe de saúde e população privada de liberdade.
2.16 Execução de 100% do recurso de incentivo da assistência farmacêutica recebido anualmente através da PNAISP.

Quadro 2 – Indicadores da assistência farmacêutica penitenciária. Curitiba, Paraná – 2018.

(conclusão)

3. Dimensão resultado
3.1 Disponibilidade de dados a respeito do percentual de medicamentos com interrupção de abastecimento.
3.2 Demonstrativo do valor financeiro gerado pela perda de medicamentos com prazo de validade expirado.
3.3 Os gestores (secretário/coordenadores) tomarem conhecimento das atividades desenvolvidas pelos responsáveis pela AF do Departamento Penitenciário.
3.4 Envio da prestação de contas dos recursos aplicados na assistência farmacêutica aos setores competentes.
3.5 Disponibilização de medicamentos nas quantidades necessárias e em tempo oportuno.
3.6 Levantamento de dados a respeito de medicamentos dispensados sem prescrição médica.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Ao se avaliar as políticas de saúde no universo do sistema penitenciário, destacam-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário²¹ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)²², de 2014, e em ambos consta o incentivo à AF. Porém, é de extrema importância pensar na inclusão e avaliação contínua de ações que possam ir além da aquisição de medicamentos, visando a implementação e estruturação da assistência farmacêutica¹⁷.

Raros foram os estudos encontrados que retratam a realidade da saúde prisional, principalmente na atenção básica, e a maioria deles são epidemiológicos, tratando de assuntos como infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose, ou ainda na linha das ciências sociais e do direito penal²³. Além disso, há uma discrepância muito grande na realidade prisional entre as regiões brasileiras, o que inclui número de unidades, taxa de lotação, perfil de apenados, aspectos estruturais e materiais e assistência à saúde. No que tange à AF, o número de unidades com farmácia gira em torno de 40,0%, com proporções menores nas regiões Centro-Oeste e Nordeste¹⁶. Dessa forma, a proposta dos indicadores apresentados por esta investigação poderá uniformizar ações futuras para a melhoria desse aspecto no Brasil.

Um ponto a ser discutido é a escolha dos especialistas, uma vez que a metodologia não impõe como ela deve ser feita e nem qual deve ser a formação dos integrantes. Comprovou-se que é difícil selecionar profissionais farmacêuticos com formação mínima concluída (mestrado) e que exerçam atividade profissional fora das universidades. Foi observado que na atuação em serviço propriamente dito, os profissionais buscam o aperfeiçoamento através de especializações, e as formações de mestrado e, principalmente, doutorado restringem-se aos farmacêuticos que

atuam na área acadêmica. Isso pode ocorrer devido ao fato de que, para cursar o mestrado e o doutorado, o profissional deve ter dedicação exclusiva, o que dificulta e diminui muito a possibilidade de ingresso de profissionais atuantes nas áreas assistenciais. Por isso, a possibilidade de integrar um mestrado profissional é uma ótima alternativa, que possibilita a profissionais atuantes fora da área acadêmica a chance de cursar pós-graduações *stricto sensu*.

A taxa de retorno em cada etapa de realização da técnica Delfos, geralmente, é bastante variável. Na primeira rodada, a taxa de retorno varia de 50 a 70%, e na segunda, de 70 a 80%¹⁸. Neste estudo, a taxa de retorno da primeira rodada foi de 83%. A segunda rodada teve 100% de repostas dos especialistas que participaram da primeira rodada e, na terceira, apenas um profissional não fez a devolutiva do instrumento (taxa de retorno de 90%). No mínimo, duas rodadas são necessárias para caracterizar o processo Delfos, sendo difícil encontrar estudos que passam da terceira rodada²⁴.

Considera-se que o emprego da técnica Delfos tenha conferido ao produto final validade e confiabilidade, pois o instrumento elaborado sofreu ajustes de forma e conteúdo. Em revisão integrativa sobre a técnica, encontrou-se que, na maioria das produções, foi utilizada na elaboração de instrumentos a partir de criação de critérios e indicadores de avaliação de serviços, intervenções de saúde e classificação diagnóstica; ou na validação do conteúdo de instrumentos em diferentes áreas e abordagens, mostrando a consolidação da técnica para esses tipos de pesquisa²⁵.

O alto índice de participação dos especialistas confere mais validade ainda ao estudo, e se deve principalmente ao fato de o pesquisador aguardar as repostas e sempre verificar a disponibilidade particular de cada consultado. Para o alcance de uma taxa de retorno maior ou igual a 70%, é preciso haver esforço do pesquisador na condução do retorno das respostas dos profissionais consultados²⁶.

Esse mesmo tempo de espera que proporcionou maior taxa de adesão ao estudo gerou um atraso na finalização estimada do instrumento. O primeiro questionário foi enviado em setembro de 2018, e o terceiro e último em março de 2019. O tempo gasto na realização de todas as etapas da técnica Delfos pode variar de um a dez meses²⁷. A efetiva participação de um número significativo de especialistas no processo é uma importante vantagem e confere credibilidade ao estudo¹⁹. Ainda, o índice de concordância para a manutenção dos indicadores se apresentou dentro do estabelecido como satisfatório anteriormente, que era de 80%. Esse critério de consenso concede maior validade e fidedignidade ao instrumento, pois tal índice pode ser variável de 50% a 80%²⁰.

O método apresenta três características fundamentais, que são: o anonimato; a interação e a realimentação controlada; e a resposta do grupo em forma de estatística.

O anonimato das respostas e o fato de não haver uma reunião física reduzem a influência de fatores psicológicos, como os efeitos da capacidade de persuasão, a relutância em abandonar posições assumidas e a dominância de grupos majoritários em relação a opiniões minoritárias²⁸. Entretanto, uma das limitações encontradas foi justamente o não encontro presencial com os especialistas, pois foram percebidos alguns erros de interpretação – os quais não tiram a credibilidade das avaliações e sugestões realizadas, que foram todas muito bem estudadas para serem anuídas.

Neste trabalho, a utilização do consenso de especialistas para análise e validação de conteúdo e forma dos 114 indicadores inicialmente propostos foi de extrema importância. Sabe-se que um instrumento contendo esse número de indicadores seria muito complexo e demasiadamente longo. Por isso, as sugestões dos especialistas apontadas em cada fase foram valiosas. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem-organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo²⁹.

A análise das respostas contidas na primeira rodada de envio do instrumento mostrou que todos os indicadores selecionados da literatura representavam a realidade da AF, pois nenhum deles apresentou consenso de 80% para sua exclusão. Entretanto, a análise dos apontamentos e sugestões determinou a realização de alterações de forma e conteúdo dos indicadores, proporcionando assim uma redução significativa da primeira para a segunda rodada, sendo que a principal intervenção dos especialistas foi a junção de indicadores com o mesmo tema. Outro ponto que gerou a redução do número de indicadores da primeira para a segunda rodada foi o fato de que alguns deles ora se apresentarem na seção estrutura, ora na seção de processos, havendo duplicidade da avaliação. Os apontamentos dos especialistas consultados foram muito importantes para a definição da seção em que o indicador deveria se manter.

Após a primeira rodada de avaliação, que permitiu uma redução significativa no número de indicadores, percebeu-se que nas rodadas seguintes o número de indicadores propostos se manteve uniforme. A segunda teve início com 51 indicadores propostos, e ao final da terceira rodada houve uma fixação de 50 indicadores validados para o instrumento. Ou seja, nessas duas últimas rodadas, as sugestões eram em sua maioria relacionadas à redação dos indicadores, com foco na clareza, coesão e coerência.

De forma geral, os indicadores definidos vão ao encontro daqueles identificados na literatura acerca da AF no âmbito da saúde pública em geral em relação aos aspectos técnicos. No entanto, aspectos sanitários ficaram de fora na lista final, pois entendeu-se que extrapolam ações da AF e tornariam a lista de indicadores muito ampla, dificultando sua aplicação sistemática. Além disso, a lista de indicadores apresentada incorpora ações voltadas ao processo de cuidado, o que ainda não está estabelecido na prática clínica do farmacêutico e inserido na maioria dos indicadores da AF disponíveis na literatura.

Sendo assim, a maior parte dos indicadores selecionados foram adaptados a partir dos indicadores já existentes na literatura para atender à realidade da assistência farmacêutica penitenciária. Também foi possível identificar que a literatura apresenta muita discordância em relação à alocação dos indicadores nas dimensões estrutura, processo ou resultados, e o processo de validação realizado por esta investigação permitiu estruturar de forma adequada os indicadores nessas dimensões.

A gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações, buscando otimizar processos, rotinas, fluxos e procedimentos através da combinação de recursos disponíveis. Porém, para a execução de uma boa gestão, é necessária a etapa de avaliação do processo para a obtenção de elementos que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização³⁰.

A elaboração e validação de indicadores de AF para o sistema penitenciário vão ao encontro desse pensamento de avaliar para a tomada de decisões e melhoria da gestão de recursos e processos. O instrumento desenvolvido servirá como ferramenta para tal ação.

A saúde da PPL é um problema de saúde pública emergente, sendo necessário o fortalecimento da assistência em saúde no sistema penitenciário e maior visibilidade para a AF existente, para que a recuperação da saúde seja priorizada, tornando o ambiente saudável, com segurança e racionalidade no uso de medicamentos¹⁰. Nesse sentido, ter conhecimento técnico e científico para o desenvolvimento da gestão eficiente de todo o processo é necessário, com o que o desenvolvimento e a validação dos indicadores de assistência farmacêutica penitenciária apresentados neste estudo poderão contribuir decisivamente.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Sheila Manoela Flora e Edmarlon Giroto.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sheila Manoela Flora, Gerusa Clazer Halila Possagno, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera e Edmarlon Giroto.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Sheila Manoela Flora, Gerusa Clazer Halila Possagno, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera e Edmarlon Giroto.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Sheila Manoela Flora, Gerusa Clazer Halila Possagno, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera e Edmarlon Giroto.

REFERÊNCIAS

1. Paraná. Departamento de Execução Penal. Escola de Formação e Aperfeiçoamento Penitenciário. A história das prisões e dos sistemas de punições [Internet]. 2014 dez 11 [citado em 2019 mar 10]. Disponível em: <http://www.espen.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=102>
2. Leal AF. A trajetória da saúde prisional no Brasil [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
3. Paula FC, Santos AP. O sistema penitenciário Federal: a resposta do Estado à crise carcerária no Brasil. *Revista Juris UniToledo*. 2017;2(3):38-53.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Reincidência Criminal no Brasil: Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro (RJ); 2015.
5. Brasil. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1984 jul 13 [citado em 2019 mar 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm
6. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007.
7. Dupim JAA. Assistência farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte (MG): SEGRAC; 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 2004 [citado em 2019 mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777, de 9 de setembro de 2003 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003 [citado em 2019 mar 10]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>
10. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thome HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde soc*. 2006;15(1):73-83.
11. Cardins KKB, Jesus ACF, Silva PBA, Barbosa ML, Costa GMC. A assistência farmacêutica no âmbito prisional: revisão integrativa da literatura. 3o Seminário Internacional de Pesquisa em Prisão; 2017 set 27-29; Recife (PE). Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2017.
12. Gois S, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudencio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc saúde colet*. 2012;17(5):1235-46.

13. World Health Organization. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators [Internet]. Genebra; 1993 [citado em 2019 fev 12]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60519/WHO_DAP_93.1.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília (DF); 2006.
15. Manzini F, Alencar LBO, Sales L, Bezerra MB, Campanha P, Macedo R, et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília (DF): Conselho Federal de Farmácia; 2015.
16. Brasil. Ministério Público. Conselho Nacional do Ministério Público. A visão do Ministério Público sobre o sistema prisional brasileiro – 2016. Brasília (DF); 2016.
17. Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev ciênc farm básica apl.* 2011;32(3):403-10.
18. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração.* 2000;1(12):54-65.
19. Mathias SL, Sakai C. Utilização da ferramenta Google Forms no processo de avaliação institucional: estudo de caso nas Faculdades Magsul. *Seminários Regionais sobre Autoavaliação Institucional e Comissões Próprias de Avaliação;* 2013 set 17-18; Brasília, (DF). Brasília (DF): Inep; 2015.
20. Castro AV, Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *REME Rev min enferm.* 2009;13(3):429-34.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF); 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 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). *Diário Oficial da União.* Brasília (DF); 2014 jan 3, seção 1, p. 2. 2a ed.
23. Lopes V. Experiências de profissionais de saúde em unidades prisionais localizadas em Cuiabá/MT [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.

24. Loures CAS. Delphi na internet e suas implicações do ponto de vista metodológico. Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2002 set 22-25; Salvador (BA). Rio de Janeiro (RJ): Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração.
25. Revoredo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da Técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq ciênc saúde*. 2015;22(2):16-21.
26. Keeney S, Hasson F, Mckenna H. How to get started with the delphi technique. In: Keeney S, Hasson F, Mckenna H. *The delphi technique in nursing and health research*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011. p. 43-68.
27. Coutinho SS, Freitas MA, Pereira MJB, Veiga TB, Ferreira M, Mishima SM. O uso da técnica Delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Rev baiana saúde pública*. 2013;37(3):582-96.
28. Rozados HF. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. *Em questão*. 2015;21(3):64-86.
29. Santos A, Vidotto LS, Giublin CR. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. *Ambiente Construído*. 2005;5(2):51-9.
30. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc saúde colet*. 2012;17(4):821-8.

Recebido: 8.4.2020. Aprovado: 30.9.2020.