



Acesso e uso racional de medicamentos no sistema prisional da Paraíba

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

Acceso y uso racional de medicamentos en el sistema penitenciario de Paraíba

Karla Karolline Barreto Cardins¹

Claudia Helena Soares de Moraes Freitas²

Mônica Oliveira da Silva Simões³

Gabriela Maria Cavalcanti Costa³

1. Universidade Federal de Campina Grande.

Campina Grande, PB, Brasil.

2. Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa, PB, Brasil.

3. Universidade Estadual da Paraíba.

Campina Grande, PB, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Este artigo objetiva avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais e estratégicos no sistema prisional da Paraíba. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, realizado com 14 profissionais de saúde e 43 prisioneiros no ano de 2016, em sete penitenciárias da Paraíba. **Resultados:** Algumas entrevistas destacaram que as penitenciárias têm assegurado as medicações; outras, porém, afirmaram a falta constante desses insumos e dependência da família para garantir o acesso. Verificou-se que os prisioneiros rotineiramente não ficam de posse das prescrições dos profissionais e que a supervisão de doses não é uma prática realizada. Os medicamentos ficam sob responsabilidade dos prisioneiros e, embora haja cuidado com o armazenamento, estes ficam nas celas em locais com pouca ventilação. **Considerações finais:** Dessa forma, verificou-se que, por mais que as políticas garantam o acesso e uso racional de medicamentos nas penitenciárias, existem casos de falta dos mesmos, além da inexistência de prescrição adequada, supervisão das doses tomadas, armazenamento correto e acompanhamento para garantir a continuidade terapêutica. **Implicações para a prática:** Percebe-se a necessidade da gestão programar capacitações profissionais voltadas para o cuidar no sistema prisional, além de identificar as lacunas relacionadas ao acesso e uso racional de medicamentos, possibilitando sua reestruturação.

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

ABSTRACT

Objective: This article aims to evaluate the access and rational use of essential and strategic medicine in the prison population in Paraíba prison system. **Method:** Qualitative study, carried out with 13 health professionals and 43 prisoners, between February and August of 2016 in seven penitentiary units of the state of Paraíba. **Results:** Some interviews pointed out that the prisons have ensured the medications, others, however, have stated the constant lack of these supplies and that depend on the family to guarantee access. It has been found that those who are routinely discharged do not have the professional prescriptions and that dose monitoring is not a practice. Medications are cared for by the subjects and although storage is careful, they are kept in the cells in places with poor ventilation. **Final considerations:** In this way, it has been verified that, although policies guarantee the access and rational use of medicines in penitentiaries, there are cases of lack of them, besides the lack of adequate prescription, supervision of the doses taken, correct storage and follow-up to guarantee the continuity of the treatment. **Implications for practice:** It is perceived the need of the management to program professional capacities aimed at care in the prison system, besides identifying the gaps related to access and rational use of medicines, allowing their restructuring.

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

RESUMEN

Objetivo: Este artículo objetiva evaluar el acceso y el uso racional de medicamentos esenciales y estratégicos en el sistema penitenciario de Paraíba. **Método:** Estudio de naturaleza cualitativa, realizado con 13 profesionales de salud y 43 prisioneros en el año 2016 en siete penitenciarias de Paraíba. **Resultados:** Algunas entrevistas destacaron que las penitenciarias han asegurado las medicaciones, otras, sin embargo, afirmaron la falta constante de esos insumos y dependencia de la familia para garantizar el acceso. Se comprobó que los prisioneros rutinariamente no quedan en posesión de las prescripciones de los profesionales y que la supervisión de dosis no es una práctica realizada. Los medicamentos quedan bajo la responsabilidad de los sujetos y aunque hay cuidado con el almacenamiento, éstos se quedan en las celdas en lugares con poca ventilación. **Consideraciones finales:** De esta forma, se verificó que por más que las políticas garanticen el acceso y uso racional de medicamentos en las cárceles, existen casos de falta de los mismos, además de la falta de prescripción adecuada, supervisión de las dosis tomadas, almacenamiento correcto y seguimiento para garantizar la continuidad del tratamiento. **Implicaciones para la práctica:** Se percibe la necesidad de la gestión de programar capacitaciones profesionales orientadas al cuidado en el sistema penitenciario, además de identificar las lagunas relacionadas al acceso y uso racional de medicamentos, posibilitando su reestructuración.

Palabras clave: Servicios Farmacéuticos; Prisones; Prisioneros; Utilización de Medicamentos.

Autor correspondente:

Karla Karolline Barreto Cardins.

E-mail: karla_karolline@hotmail.com

Recebido em 26/10/2018.

Aprovado em 18/01/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0317

INTRODUÇÃO

A política de saúde nacional, ao reconhecer a assistência farmacêutica (AF) como uma prioridade, instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). O objetivo de tal ação era promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais,¹ enfatizando a articulação entre as esferas do governo^{2,3} no financiamento previsto no Pacto pela Saúde⁴ e na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), para padronizar e uniformizar a prescrição e o abastecimento das farmácias na rede de assistência.⁵

De acordo com a PNM, o acesso deve garantir a entrega dos medicamentos à população, mediante adequada prescrição e dispensação, visando promover o uso racional,⁶ que inclui a administração da medicação apropriada para a situação clínica.⁷

No entanto, a insalubridade no cenário das penitenciárias, a prevalência de agravos à saúde, a dificuldade de acesso da população aos medicamentos e o frequente uso indevido, comprometem a assistência adequada. Todavia, a saúde no âmbito prisional foi garantida com a publicação da Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210/84, a qual afirma que "a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico".⁸ Nesse sentido, reconhecendo a necessidade da inclusão da população carcerária do Brasil na rede de atenção do SUS,⁹ foi aprovado o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).

Para consolidar o compromisso do Estado com a assistência à saúde de prisioneiros, em 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com a intenção de promover o acesso desse grupo populacional à Rede de Atenção à Saúde e garantir financiamento e execução do componente básico da AF no âmbito prisional.¹⁰

Diante das reflexões, 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 (DIA).¹¹

Dessa forma, considerando o cenário nacional, a implementação dessas políticas, a necessidade premente de medicamentos, bem como o compromisso legal e social do governo com a AF, o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais e estratégicos da população privada de liberdade.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado entre os meses de fevereiro e agosto de 2016, em sete penitenciárias do estado da Paraíba, que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: possuir

unidade de saúde na estrutura física, com equipe de profissionais conforme a PNAISP e população carcerária inferior a 800 prisioneiros.

Devidamente autorizado, foi realizado um levantamento em todos os prontuários dos prisioneiros das penitenciárias incluídas, para verificar os indivíduos que possuíam prescrição de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e estratégicos (TB/HAN/HIV). Esses prontuários foram selecionados para compor a pesquisa, sendo neles identificados: idade, sexo, medicamentos prescritos, profissional responsável pela prescrição e data do diagnóstico e início do tratamento. Concluída essa etapa, foram agendadas entrevistas com seis médicos e sete enfermeiros, que trabalhavam nas equipes de saúde prisional havia no mínimo seis meses, além do coordenador de saúde penitenciária do estado. Em seguida, foram agendadas entrevistas com homens e/ou mulheres privados de liberdade, identificados na seleção dos prontuários, que cumpriam pena em regime fechado e fizessem uso de medicamentos essenciais (HAS/DIA) e/ou estratégicos (TB/HAN/HIV), sendo excluídos aqueles em uso das medicações havia menos de três meses.

Como instrumento de coleta, foi realizada uma entrevista semiestruturada, de forma individual e audiogravada, nos consultórios de atendimento à saúde das próprias penitenciárias, composta por perguntas relacionadas ao acesso, uso racional e dispensação de medicamentos. Em cada unidade prisional, as entrevistas foram interrompidas de acordo com a amostragem por saturação, quando os dados obtidos passaram a apresentar repetição,¹² sendo cinco prisioneiros da penitenciária α , nove da β , oito da γ , sete da δ , três da ϵ , seis da ζ e cinco da η , totalizando 43 entrevistados.

Quanto à análise dos dados, para o perfil dos entrevistados realizou-se uma análise descritiva com valores relativos e absolutos, e, para a entrevista semiestruturada, utilizou-se a análise de conteúdo, proposta metodológica de Bardin,¹³ sendo executada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Após análises, duas categorias temáticas emergiram para orientar as interpretações: caminho da AF nas penitenciárias e uso racional de medicamentos.

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, para garantir o sigilo e anonimato, as penitenciárias, os prisioneiros e os profissionais foram identificados, respectivamente, por letras do alfabeto grego (α , β , γ , δ , ϵ , ζ , η), números cardinais (1, 2, 3, 4...) e letras do alfabeto latino (A, B, C...). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE nº 20476213.4.0000.5187.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 14 profissionais, sendo um representante da Coordenação de Saúde Penitenciária da Paraíba, seis médicos e sete enfermeiros. Além destes, 43 participantes estavam privados de liberdade em uso de medicamentos essenciais e/ou estratégicos, sendo 35 (81,4%) homens e 08

(18,6%) mulheres. Quanto à faixa etária, do total de prisioneiros têm-se: 1 (2,3%) com menos de 19 anos, 04 (9,3%) entre 20-29 anos, 19 (44,2%) entre 30-39 anos, 09 (20,9%) entre 40-49 anos, 08 (18,6%) entre 50-59 anos e 02 (4,6%) com 60 ou mais anos.

Quando investigados sobre as patologias, 21 (48,8%) eram portadores de hipertensão, 03 (7%) de diabetes, 08 (18,6%) eram hipertensos e diabéticos, 05 (11,6%) tinham diagnóstico de tuberculose, 01 (2,3%) de hanseníase, 01 (2,3%) de hanseníase e diabetes e 04 (9,3%) soropositivos para o HIV. Verifica-se, em alguns casos, que um único participante era acometido por mais de uma patologia.

Durante a coleta de informações nos prontuários constatou-se que 15 prisioneiros (34,9%) afirmaram que foram diagnosticados antes da privação de liberdade e 28 (65,1%) após seu ingresso no sistema prisional.

Referente aos profissionais responsáveis pela prescrição dos medicamentos, em 39 prontuários (90,7%) foram os médicos, em 03 (7%) os enfermeiros e em 01 (2,3%) não constava no prontuário quem fez a prescrição inicial. Em relação ao registro de abandono e/ou recidiva, apenas 03 (7%) prontuários constavam essas informações e referiam-se a dois participantes diagnosticados com tuberculose e um com hipertensão, sob argumento de terem saído da penitenciária por um período de tempo depois de cumprirem pena, mas que retornaram após reincidir.

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

Caminhos da AF nas penitenciárias

De acordo com a PNM o acesso ocorre mediante adequada prescrição e dispensação, com garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos necessária à promoção do uso racional.⁶

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, podendo esse fato estar relacionado à inexistência de sistemas de proteção social em saúde universais e à baixa capacidade aquisitiva de governos e populações desses países.¹⁴

Nesse sentido, quando questionados sobre a forma de aquisição dos medicamentos, considerando que a situação de privação imposta pelo ambiente carcerário repercute de diversas formas,¹⁵ os prisioneiros relataram:

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

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

Percebe-se, pelas falas, que os participantes têm acesso aos medicamentos para HAS, DIA, HAN, TB e HIV no próprio sistema penitenciário. A realidade contrasta com o cenário mundial, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população não tenha acesso regular a medicamentos essenciais, sendo, portanto, um problema de saúde pública mundial.¹⁶ Por conseguinte, nas unidades estudadas, ocorre a garantia de fornecimento dos medicamentos de forma contínua, regular e oportuna, tendo como referência a RENAME e a recomendação do PNSSP.⁹

É provável que a observância na prescrição de medicamentos que constam no rol da RENAME - conforme recomenda o Decreto nº 7.508/2011- seja aspecto que favorece o acesso a medicamentos nas unidades penitenciárias do estado, garantindo disponibilidade. Afinal, as listas servem como base para as prescrições dos profissionais de saúde, e estes devem padronizar a sua prática clínica de maneira apropriada, e, quanto ao setor público, deve ter o compromisso em prover e distribuir as substâncias que compõem a relação.¹⁷

A aquisição desses medicamentos é recomendada a partir dos protocolos terapêuticos definidos pelo MS, a fim de padronizar os tratamentos dos agravos prevalentes, por meio de cadastros dos pacientes segundo a patologia.⁵

Além do acesso, os prisioneiros asseguram que os tratamentos contínuos são garantidos:

Desde o início nunca deixei de receber o remédio que necessito. Aqui, quando eles fazem o atendimento e encontram doenças que preocupam, como pressão alta, tuberculose, AIDS, não fica ninguém sem tratamento. (β-6)

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

A enfermeira me dá o medicamento; quando tá perto de acabar ela pergunta, mede minha pressão, aí ela me dá outra cartela. (ε-29)

Eu aviso cinco dias antes a qualquer pessoa da equipe médica e eles providenciam a medicação. Eles têm o controle, hoje mesmo eu recebi. (η-41)

Essas falas demonstram satisfação com o recebimento da medicação. Todavia, alguns autores analisam que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e os pactos de silêncio nas unidades, a assistência presente nos presídios - por mais que seja mínima -, é enaltecida, calando as reclamações e demonstrando gratidão.¹⁵

Quando os participantes foram questionados sobre a falta de medicamentos, as respostas variaram, inclusive dentro de uma mesma penitenciária. A única diferente foi a penitenciária delta, onde todos afirmaram que não ocorre falta de medicamentos:

Eles recebem bem certinho. (δ-25)

Nunca faltou não. (δ-26)

Existe medicamento suficiente para hipertensos, diabéticos e tuberculose. Esses não faltam de maneira nenhuma, têm para os 30 dias. Quando faltam uns oito comprimidos, principalmente de TB, eu já pego antes, para não deixar faltar, eles não ficam sem medicação. (δ-F)

Provavelmente, o êxito das atividades nessa unidade prisional se deve a atualização constante do número de sujeitos privados de liberdade, as informações adequadas da atenção básica e a identificação de todos os prisioneiros que fazem uso de medicação. Esses aspectos garantem o fornecimento regular de kits de medicamentos essenciais com a quantidade estabelecida de forma proporcional aos prisioneiros.⁹

Assim, os achados do estudo corroboram a pesquisa desenvolvida na atenção primária de saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, a qual revelou, segundo a população entrevistada, que as relações interpessoais, aliadas às práticas clínicas e à garantia de acesso à medicação conforme previsão legal,¹⁸ classificam a assistência como adequada.

Nas demais unidades do estudo, destacam-se algumas falas de sujeitos privados de liberdade com ênfase de que a falta de medicamentos e/ou interrupções nos tratamentos não acontecem:

Pra mim até agora nunca faltou. (α-4)

Até agora nunca chegou a faltar. (ζ-34)

Alguns profissionais também relataram que não ocorre interrupção no fornecimento:

Têm todas as medicações. Como atenolol, hidro, captopril, até porque se falta no estado, o acesso pra o município é fácil pra essas medicações, a gente nunca passou aperto com essas, nem TB, nem HIV, sempre está bem abastecido. (α-A)

Para essas patologias não falta. Mas para outras nunca chegou. (η-L)

Contudo, o acesso regular e constante aos medicamentos não foi unânime entre todas as penitenciárias estudadas, e alguns prisioneiros e profissionais, quando questionados sobre esse aspecto, afirmaram a falta de medicamentos:

Sucessivamente sempre falta algum, o Captopril, aí eu fico sem tomar, fica a critério de Deus. (ε-30)

Teve um tempo que faltou e eu tive que pedir uma receita à médica, eu encaminhei pra minha filha e ela foi e pegou na farmácia no centro da cidade. (η-42)

Para hipertensão e diabetes nunca vem numa quantidade suficiente, sempre falta, aí tem muitos que a família

traz, mas têm alguns que não recebem visita e ficam dependendo do que é dispensado aqui. Às vezes não vem uma medicação que ele tava usando e eu tenho que trocar por outra que esteja vindo pra ele poder continuar o tratamento. (β-C)

Para tuberculose, HIV, a gente não tem problema, mas como dependemos do kit da atenção básica, que vem do Ministério da Saúde, quando falta lá, falta pra todo mundo. Tem mês que a gente não tem Captopril, mas damos um jeito, consegue no PSF, e quando não tem, a gente entra em contato com a família pra eles trazerem. (γ-D)

Observa-se que, quando a penitenciária não fornece os medicamentos, ou eles ficam sem tomar ou dependem de outra forma de aquisição, que pode demorar e comprometer a continuidade do tratamento. Esse é um problema que decorre da situação do sistema prisional brasileiro, devido às diversas lacunas na gestão/organização da atenção à saúde, o que pode favorecer o aumento da incidência e prevalência de doenças características do contexto social.¹⁹

A PNM estabeleceu, desde os primórdios, diretrizes, prioridades e responsabilidades relacionadas à AF para os gestores federal, estaduais e municipais do SUS, sendo as Secretarias Municipais de Saúde responsáveis por realizar a guarda, o gerenciamento e a dispensação dos medicamentos, cabendo ao MS a atribuição de fornecer, de forma gradual, o quantitativo dos medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes cadastrados pelos municípios.^{6,18}

Quando a gestão não cumpre a responsabilidade sanitária devida, para garantir o acesso, alguns prisioneiros ficavam dependentes da família:

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

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

Os participantes, embora fizessem a constatação, julgaram mais adequado esse encaminhamento, pois o uso da medicação era anterior ao aprisionamento e, na verdade, declararam textualmente que preferiam usar a medicação da prescrição, do que substituí-la por medicamentos genéricos e similares, entregues pelo sistema prisional, por descrença no produto:

É que aqui não tem o medicamento que o médico passou. Me dou bem com este medicamento e não quero mudar, mesmo eles explicando que é igual. (β-38)

Esse aspecto parece que tem justificado o fato de o sistema penitenciário não assumir a responsabilidade pela entrega. Porém, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, estabelece que as prescrições devem estar em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas nos protocolos clínicos para as doenças; ou seja, os profissionais precisam utilizar a lista de medicamentos

proposta pela RENAME para basear suas prescrições, pois nela estão os medicamentos fornecidos pelo governo.²⁰

Dessa forma, mesmo que alguns medicamentos que os prisioneiros utilizavam anteriormente na prisão não constem na RENAME, é necessário avaliar a possibilidade terapêutica de substituí-los, para que assim o sistema se responsabilize pela entrega.

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

Fiquei sem tomar, passando mal até conseguir. Poucos dias a gente se vira, mas quando passa de dois dias eu baixo logo hospital. (ζ-33)

Fiquei sem a medicação porque não tinha. (η-41)

Os prisioneiros que não têm família, ou a família reside distante, ou não possui condições financeiras para comprar os itens solicitados nas prescrições, ficam sem tomar o medicamento. Isso compromete a continuidade do tratamento e interfere na efetividade da terapia, além de gerar impacto para as políticas públicas e para o sistema de saúde, como maiores custos com internações hospitalares e/ou ações e procedimentos de alta complexidade.⁷

Um estudo realizado por Santana et al.²¹ apontou que os entraves para provimento no tempo devido e a frequente falta de medicamentos para o tratamento das doenças findam ao comprometer a situação de saúde da população.

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

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

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

O ambiente prisional não proporciona condições favoráveis para a promoção da saúde, agravadas pelos problemas no acesso e resolutividade dos serviços, pela demanda incompatível com o quantitativo e qualificação dos profissionais, pela precária estrutura física, com poucos equipamentos e insumos disponíveis, comprometendo a universalização e integralidade das ações na atenção primária. Devido a esse cenário, muitos profissionais realizam além do que seria sua responsabilidade, para tentar proporcionar a continuidade do tratamento e o bem-estar do paciente.²²

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

Dentre os prováveis motivos da escassez de medicamentos, destaca-se a superlotação dos presídios e a permutabilidade dos prisioneiros, pois o número de indivíduos privados de liberdade cresce e varia tão rapidamente que a administração não consegue garantir todos os insumos necessários, tornado a assistência à saúde uma tarefa árdua e longe de ser adequadamente prestada.¹⁹

Em relação às dificuldades enfrentadas pelo sistema penitenciário para garantir o acesso a medicamentos, os profissionais relataram: o quantitativo insuficiente de medicamentos disponibilizados pela secretaria estadual, a dificuldade de compreender a responsabilidade sanitária pela provisão dos medicamentos, como também a falta de transportes para realização do abastecimento de medicamentos em períodos regulares:

A maior dificuldade é a quantidade insuficiente de medicamentos. Quando o apenado não tem visitas nem condições de comprar a medicação, a gente fica sem saber o que fazer. Muitas vezes recorremos aos dispositivos que podem dar um suporte, como a Unidade de Saúde mais próxima. (β-B)

São muitas dificuldades, pois se eu não pegar o meu carro e for lá buscar, a medicação não chega, porque nunca tem um carro, o transporte do estado sempre tá quebrado. Quando falta, e no momento está sempre faltando, tentamos parceria com a Secretaria, o médico traz amostra grátis e a gente vai se virando como pode com os que não podem comprar. Mas o maior problema não é faltar. É garantir o uso devido. Isso sim. Eles chegam a negociar medicamento. Aqui dentro tudo se transforma em moeda. (ζ-I)

Em um estudo realizado na atenção primária da cidade de Petrolina-PE, a falta de medicamentos foi citada por todos os profissionais como um dos principais problemas nas unidades de saúde. Esse aspecto, dentre outras razões, pode ser devido a uma seleção inapropriada dos medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico da região, que é o ponto de partida para garantir o correto ciclo da AF de acordo com o MS. É fundamental a adoção de critérios eficazes e seguros para a realização de um diagnóstico prévio da área de atuação desses profissionais, com a descrição das doenças mais prevalentes, a fim de garantir as medicações para o tratamento dos usuários.²³

Diante do exposto, percebe-se que o acesso aos medicamentos acontece mediante a disponibilidade e a capacidade de sua aquisição, levando ao uso racional. No Brasil, são raros os dados referentes ao acesso a medicamentos pela população, e a maioria dos estudos realizados avalia o acesso baseando-se apenas na quantidade de medicamentos prescritos que o paciente conseguiu receber, ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado, sem a devida importância para aspectos relacionados ao uso racional e adequado dessas medicações,²⁴ como será discutido a seguir.

Uso racional de medicamentos

Essa categoria objetiva discutir o uso racional, reconhecendo-o como um processo que abrange desde o recebimento do medicamento adequado à necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo apropriado e o menor custo possível, sendo responsabilidade de vários atores sociais.²⁵

Magalhães, Lunet e Silva⁷ afirmam, em seu estudo realizado na cidade do Porto, Portugal, que poucos são os dados disponíveis sobre indicadores do uso racional de medicamentos - como os referentes à prescrição, à assistência e ao serviço - e, além disso, atestam que não se dispõem de informações sobre o conhecimento, a prática e a articulação da equipe multiprofissional em saúde acerca do uso racional.

O atual perfil dos prisioneiros no Brasil tende a ser de jovens, de nível socioeconômico e educacional baixo, procedentes de centros urbanos e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estudo realizado em uma penitenciária no Ceará sobre a renda familiar mensal mostrou que 56,1% mencionaram possuir renda de até um salário mínimo, e 12,3% possuíam rendimento de, no máximo, R\$ 200,00, evidenciando aspecto socioeconômico desfavorável, o que pode contribuir para a dificuldade no acesso aos medicamentos e serviços de assistência à saúde.²⁶

A OMS afirma que o consumo racional de fármacos passa diversas etapas, e nesta categoria serão discutidos a prescrição adequada, a supervisão das doses necessárias e o armazenamento dos medicamentos.¹⁶

A prescrição é uma recomendação escrita do profissional legalmente habilitado, contendo orientações para o paciente sobre o uso, dose, via e horário de administração, devendo ser acompanhada de explicação oral.²⁷

Estudos sinalizam que diversas vezes as prescrições são realizadas de maneiras inadequadas, havendo a recomendação do uso de medicamentos sem as informações fundamentais para que o tratamento obtenha êxito.²¹ Nas penitenciárias investigadas, os profissionais relataram que apenas a primeira prescrição é feita em duas vias, sendo uma entregue ao prisioneiro e a outra anexada ao prontuário; quanto às demais, ficam apenas no prontuário:

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

As prescrições para as medicações que têm na unidade só são feitas em uma via. Por que deveria ser em mais vias se eles nem saem daqui? (η-K)

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

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

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

Os profissionais e a gestão das unidades prisionais julgam desnecessária a entrega em duas vias, considerando que a privação de liberdade reduz a participação na tomada de decisões, e que a qualquer momento pode ser solicitada pelo usuário e/ou familiar. A realidade contrasta com a descrita na pesquisa desenvolvida por Melo, Silva e Castro²⁸ em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo, que mostrou que os pacientes recebem a prescrição no momento da consulta.

Todavia, convém ponderar que o principal objetivo da prescrição em duas vias é, ao permanecer uma via com o prisioneiro, esclarecer, sempre que se fizer necessário, as recomendações do esquema terapêutico, caso esqueça ou encontre alguma dificuldade para realizar o uso das medicações.

Outro aspecto relevante da prescrição de medicamentos está relacionado com as orientações fornecidas ao paciente para o uso adequado das medicações. Os profissionais foram questionados sobre essa conduta:

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

A gente orienta e dá a medicação. (ε-H)

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

Observa-se que alguns profissionais afirmam realizar a orientação; outros, porém, supõem que os pacientes já sabem como fazer uso dos medicamentos. No entanto, a recomendação técnica⁶ é para que, todas as vezes que uma prescrição for realizada, esteja acompanhada de orientações sobre o modo de usar, para minimizar a ocorrência de danos, sendo responsabilidade do profissional de saúde. Além disso, evidencia-se a importância da atuação do farmacêutico no momento da dispensação, para orientar o paciente e evitar o uso irracional de medicamentos.²¹ Contudo, destaca-se que as equipes de saúde das penitenciárias pesquisadas neste estudo não possuíam farmacêutico, contrariando as recomendações da política de saúde e dos órgãos de classe.

Para cumprir a prescrição e garantir um tratamento correto, o paciente deve fazer o uso contínuo dos medicamentos, sem esquecimento, na dose e nos horários recomendados, para manter adequada a atuação no organismo. É indicado associar a ingestão dos medicamentos às atividades cotidianas, como tomar banho ou escovar os dentes.²⁹ Dessa forma, os prisioneiros foram questionados sobre o esquecimento de tomar as medicações prescritas:

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

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

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

O fato de esquecer-se de tomar a medicação pode comprometer o tratamento, pois cada medicamento é estudado considerando o tempo necessário para ser absorvido pelo organismo, o tempo de duração do efeito e o modo como é eliminado do corpo. Portanto, atrasar o horário do medicamento pode reduzir a eficiência e até mesmo provocar efeitos colaterais.³⁰

Além disso, deve-se considerar o estado emocional do usuário, pois esse fator pode interferir na continuidade do tratamento e na resposta ao uso. Esse aspecto merece muita atenção dos profissionais da saúde, pois devem estar atentos para possíveis esquecimentos, orientando e acompanhando o tratamento.¹⁵

Outro aspecto relacionado ao uso racional é a supervisão da tomada de doses, sendo uma de suas estratégias o tratamento diretamente observado (TDO), que consiste em o profissional treinado observar a tomada da medicação pelo paciente desde o início do tratamento até a sua cura, aumentando assim a qualidade na sua cobertura.³¹

Quando os profissionais foram questionados sobre a supervisão de doses e o conhecimento sobre a estratégia TDO, um deles afirmou não conhecer o significado da sigla, e a maioria dos entrevistados afirmou que não existe a implementação da estratégia nas penitenciárias:

A medicação de tuberculose é entregue todos os dias, mas não é supervisionada, ninguém fica olhando se vai tomar, se tem alguma resposta, mas entrega diariamente os comprimidos, então, é um pseudo supervisionado. Entrega a dose diária, e não a cartela. (...) Numa próxima consulta eu pergunto e confiro pela cartela se está tomando a medicação, vou verificando assim. Mas não temos tempo para fazer dose supervisionada. (α-A)

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

Os profissionais entrevistados, embora estejam no cenário prisional, relatam as mesmas dificuldades encontradas no estudo realizado em vários municípios do Paraná, o qual revelou que profissionais de saúde argumentaram falta de tempo para

realizar o TDO, a saber: os enfermeiros estavam, geralmente, sobrecarregados de atividades assistenciais educativas/administrativas; os médicos não conseguem atender toda a demanda clínica; e nem sempre existem agentes comunitários de saúde (ACS) em número suficiente/qualificado para executar a tarefa. Todavia, mesmo com entraves, o ACS vem sendo o principal executor do TDO na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por residir na própria comunidade em que trabalha, facilitando o elo entre a comunidade e o serviço.³²

Muitas vezes os profissionais se inserem no sistema prisional sem ter a capacitação adequada nem estar familiarizados com as especificidades do contexto e da população reclusa, pois não recebem uma formação voltada para pessoas com privação de liberdade. É fundamental que os profissionais recebam capacitação apropriada para conseguir reduzir, de forma efetiva, os problemas de saúde nessa população - que deve iniciar durante a sua formação profissional -, sendo incentivados a conhecer melhor o contexto prisional, os agravos mais prevalentes, os desafios enfrentados e as leis e políticas que asseguram a assistência à saúde nos ambientes privados de liberdade.³³

Por fim, os prisioneiros foram questionados sobre o local de armazenamento dos medicamentos recebidos, sendo o mais referido a própria cela, especificamente o local onde eles dormem, como pode ser identificado nas falas:

Guardo na minha cama, na cela. (α-4)

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

Contudo, esse aspecto não se diferencia dos hábitos das pessoas que não são privadas de liberdade, pois um estudo realizado no estado de Goiás relatou que um dos locais com maior frequência de armazenamento dos medicamentos é onde as pessoas costumam dormir.³⁴ Percebe-se que os prisioneiros possuem a preocupação de ter um local exclusivo para o armazenamento dos medicamentos, livre da poeira, do sol, conforme os relatos a seguir:

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

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

Lá na cela eu tenho um artefato feito de garrafa PET, onde eu coloco os medicamentos. Isso para ficar longe de bichos, goteiras e mofo. (β-38)

A literatura técnica da área recomenda que os medicamentos devem ser mantidos em locais arejados, secos, seguros e protegidos da luz. Destaca-se que, mesmo em condições precárias de higiene, os prisioneiros armazenam os medicamentos corretamente, excetuando-se o fato de ser em um local arejado, já que sacolas, caixas, garrafas e até a própria cela não permitem uma boa circulação do ar.³⁵

Fica evidente que falhas relacionadas nas etapas da prescrição, supervisão e/ou armazenamento dos medicamentos comprometem o seu uso racional. É condição fundamental para a melhoria das condições de vida da população o efetivo tratamento da patologia mediante a prescrição e uso adequados dos medicamentos.^{27,28}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que, por mais que as políticas garantam o acesso e uso racional de medicamentos nas penitenciárias, existem casos de falta de medicamentos essenciais e estratégicos. Além disso, outros aspectos que comprometem a assistência foram destacados, tais como: a prescrição adequada, a supervisão das doses tomadas, o armazenamento correto e o acompanhamento para garantir a continuidade terapêutica.

Dessa forma, faz-se necessário que a gestão, ao implantar a PNAISP, programe capacitações para os profissionais, voltadas para o cuidar no sistema prisional, com objetivo de treinar habilidades e competências específicas, otimizar a assistência, qualificar o processo de trabalho, monitorar o uso dos medicamentos, implementar estratégias para modificar o uso inadequado do medicamento e atender as necessidades de saúde deste grupo populacional segregado.

Este estudo traz contribuições para a gestão, pois revela a realidade atual do acesso e do uso racional de medicamentos nas penitenciárias, identificando as lacunas e possibilidades de reestruturação. Para os prisioneiros, ao levantar a discussão de um problema que prejudica a manutenção e recuperação da saúde; para os profissionais de saúde, pois indica que as ações educativas devem ser realizadas na prática diária e contemplar o uso de medicamentos, além de destacar a importância de uma formação continuada e especializada na área. Por fim, o estudo contribui para que a sociedade civil organizada compreenda a responsabilidade do Estado em prover os medicamentos e garantir assistência à saúde dos sujeitos privados de liberdade.

Certamente, o estudo foi limitado devido à validade exclusivamente interna da abordagem qualitativa, como também ao tentar compreender acesso e uso racional dos medicamentos essenciais e estratégicos, pois, sendo as patologias mais incidentes na atenção primária, presume-se estarem mais disponíveis. Sendo assim, tem-se como desafio, para estudos subsequentes, compreender aquisição, distribuição e uso de medicamentos excepcionais nos presídios do estado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010;15(Suppl 3):3561-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
7. Magalhães A, Lunet N, Silva S. Representações sociais de professores sobre o uso racional de medicamentos. *Arq Med* [Internet]. 2014 Aug;28(4):92-8. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000400001&lng=pt
8. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1984.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
11. Sousa MCP, Alencar Neto FJ, Sousa PCC, Silva CLC. Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Rev Interd* [Internet]. 2013 Apr/May;6(2):144-51. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/59>
12. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011;27(2):389-94. Available from: <https://doaj.org/article/26ba443a880c44a39b1aa6928f368871>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
14. Barros RDB, Costa EA, Santos DB, Souza GS, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51 Supl 2:8s. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007138.pdf
15. Araújo FAFM, Nakano TC, Gouveia MLA. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Aval Psicol* [Internet]. 2009 Dec;8(3):381-90. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300010&lng=pt
16. World Health Organization (WHO). *The rational use of drugs, report of the conference of experts* (Nairobi Nov. 1985). Geneva: WHO; 1987.
17. Ministério da Saúde (BR). Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
18. Silva TR, Motta RF. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mud Psicol Saúde* [Internet]. 2015 Jul/Dec;23(2):17-25. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4709>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v23n2p17-25>

19. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 Apr/Jun;40(109):112-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200112&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610909>
20. Lei Nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011.
21. Santana KS, Horácio BO, Silva JE, Cardoso Júnior CDA, Geron VLMG, Terra Júnior AT. O papel do profissional farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos. *Rev Cient Fac Educ Meio Ambiente (Ariquemes)* [Internet]. 2018 Jan/Jun;9(1):399-412. Available from: <http://www.faeama.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/538/493>. DOI: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v9i1.538>
22. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jan/Mar;22(1):36-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf
23. Silva Júnior EB, Nunes LMN. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arq Bras Ciênc Saúde* [Internet]. 2012 May/Aug;37(2):65-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2012/v37n2/a3052.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcs.v37i2.34>
24. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017; 51 Supl 2:4s. Available from: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027-pt.x83745.pdf. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
25. Alencar TOS, Alencar BR, Silva DS, Araújo JSC, Oliveira SM, Souza RD. Promoção do uso racional de medicamentos: uma experiência na estratégia saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2014 Oct/Dec;27(4):575-82. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2801>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/2801>
26. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Ferreira RCN, Pinheiro AKB. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 ;25(3):386-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300011&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300011>
27. Barros E, Barros HMT. Medicamentos na prática clínica. São Paulo: Artmed; 2010.
28. Melo DO, Silva SRA, Castro LLC. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 Apr/Jun;25(2):259-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200259&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200005>
29. Dias EG, Silva EJJ, Lima FN, Anjos ECF, Alves JCS. Caracterização dos hipertensos e fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da hipertensão. *Rev Interd* [Internet]. 2015 Jul/Aug;8(3):39-49. Available from: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/720>
30. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
32. Cecilio HPM, Marcon SS. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 ;24(1):e8425. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8425>. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8425>
33. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 ;25(3):464-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300023&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300023>
34. Silva JR, Souza M, Paiva AS. Avaliação do uso racional de medicamentos e estoque domiciliar. *Ens Ciênc Ciênc Biol Agrár Saúde* [Internet]. 2012;16(1):109-24. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/2821/2675>. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2012v16n1p%25p>
35. Ministério da Saúde (BR). Centro Brasileiro de Informações sobre Medicamentos. Orientação farmacêutica no uso de medicamentos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.