

TEMA

O medicamento e os desafios críticos para os sistemas de saúde: globalização, sustentabilidade e qualidade.

SESSÃO

Acesso e utilização dos serviços de saúde.

TÍTULO

A influência da falta de informação na adesão ao tratamento de duas doenças crônicas não transmissíveis.

AUTORES E INSTITUIÇÃO

Maria Grazia Gorla Justa - Doctorate student at Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – EAESP/FGV, Brasil;

Ana Maria Malik – Doctorate in Collective Health, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas– EAESP/FGV, Brasil;

Claudia Meirelles - Public administrator at Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz, São Paulo, Brasil.

AUTOR PRINCIPAL E MORADA

Maria Grazia Gorla Justa

Avenida Nove de Julho, 2029 - Bela Vista - 01313-902 - São Paulo – SP. Tel. +55 11 3799-7777 justagra@gvmail.br.

PALAVRAS-CHAVE

Atenção básica de saúde; estratégia da saúde da família; medicamentos; educação em saúde; adesão a tratamentos.

RESUMO

Pesquisa qualitativa com uma amostra dos atores envolvidos no sistema municipal de saúde do município de Porto Feliz (SP) tenta levantar explicações para a baixa adesão às ações e serviços oferecidos pela Estratégia da Saúde da Família aos portadores de duas doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Os resultados apontam que a falta de conhecimento da população sobre suas patologias e sobre o funcionamento do sistema público de saúde municipal e o despreparo dos agentes favorecem a não adesão ao tratamento medicamentoso recomendado.

RIASSUNTO

La seguente ricerca qualitativa, realizzata su un gruppo di attori coinvolti nel sistema sanitario municipale della città di Porto Feliz (SP), cerca di mettere in evidenza i motivi della bassa aderenza alle modalità e ai servizi offerti dal sistema “Strategie per la salute della famiglia” (Estrategia da Saúde da Família) ai pazienti affetti da due malattie croniche: ipertensione arteriale sistêmica(??sistêmica) e diabete mellito. I risultati mostrano, da parte dei portatori di queste malattie, un completo disconoscimento dei sintomi delle malattie, del funzionamento del sistema sanitario pubblico comunale e la mancanza di preparazione da parte degli agenti di salute comunali. Tutto questo ha come conseguenza l'impossibilità di un trattamento farmacologico adeguato.

Introdução

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde. Os medicamentos de uso contínuo assumem grande importância no tratamento de doenças crônicas degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, morbididades essas que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência do envelhecimento da população. A falta de acesso a medicamentos para tratamento dessas enfermidades pode levar ao agravamento do quadro e aumentar os gastos com a atenção secundária e terciária. No entanto, faz-se necessária, também, a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota como definição de adesão a tratamentos crônicos o grau em que o comportamento de uma pessoa (representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida) corresponde às recomendações de um médico ou outro profissional de saúde¹.

Tal adesão depende de três fatores: do paciente, dos profissionais de saúde e do apoio familiar. Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais².

Cerca de 60 a 80% dos casos de hipertensão arterial e do diabetes mellitus no Brasil podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e promoção de saúde³. A não adesão ao tratamento medicamentoso na área da atenção às doenças crônico-cardiovasculares repercute diretamente em mais atendimentos de emergência, internações, procedimentos de alta complexidade, mortalidade, absenteísmo, incapacidade precoce e, naturalmente, maiores custos para o sistema de saúde para as instâncias governamentais⁴.

Ao inscrever um cidadão em um programa de doenças crônicas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), teria que assumir o compromisso da integralidade de sua assistência, inclusive a garantia de fornecimento ininterrupto e gratuito dos medicamentos necessários à manutenção de seu controle tensional e glicêmico⁴. Porém, muitas são as limitações que impedem que esse controle seja feito por parte da SMS, como a falta de recursos materiais e humanos e dificuldade de gerenciamento.

Pesquisa realizada no município de Porto Feliz (SP) com pouco mais de 50.000 habitantes, debruçou-se sobre uma das preocupações da Secretaria Municipal de Saúde: a eficácia da assistência ao idoso portador de duas doenças crônicas na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Esse artigo tem como finalidade, a partir dos dados obtidos nessa pesquisa, levantar explicações para as dificuldades encontradas pela ESF na reversão da baixa adesão aos programas, ações e serviços oferecidos pela secretaria municipal da saúde do município de Porto Feliz, SP aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Metodologia

Essa é uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada em duas etapas.

Na primeira, foram elaborados três roteiros diferentes para as entrevistas com (i) os agentes comunitários de saúde (ACS), (ii) com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e (iii) com a população portadora das doenças referidas. As perguntas foram

elaboradas com base nas suposições prévias da Secretaria Municipal de Saúde sobre os motivos da não adesão da população ao programa de cuidado às doenças crônicas.

A escolha dos ACS e médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para a realização das entrevistas foi feita de acordo com a disponibilidade dos mesmos nas unidades do PSF, portanto não se tratou de amostra aleatória. A população entrevistada, por sua vez, foi determinada por amostra de conveniência, tendo sido entrevistados apenas os indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, que, na opinião dos ACS, não faziam o tratamento de forma adequada.

Na segunda etapa da pesquisa foi aplicado, aos principais gestores da secretaria municipal de saúde, o questionário “Assessment of Chronic Illness Care-ACIC”⁵ que faz parte de um dos programas da Fundação Robert Wood Johnson, o ICIC (Programa para o aprimoramento do cuidado às doenças crônicas). Ele é baseado no Modelo de Atenção às Doenças Crônicas, desenvolvido por Edgar Wagner⁶, voltado para a avaliação da gestão de operações em saúde.

O questionário possui três componentes. Cada componente é avaliado por meio de uma escala que varia de 0 a 11, onde 0 é o extremo de uma avaliação negativa e o 11 da positiva. Em cada parte é feita a soma da pontuação dos componentes e a pontuação média. Caso o resultado encontrado seja entre 0 e 2, o sistema de saúde é classificado como “suporte limitado para cuidado de doenças crônicas”, entre 3 e 5 como “suporte básico”, entre 6 e 8 como “suporte razoável” e entre 9 e 11 como “suporte completo”.

O Modelo de Atenção às Doenças Crônicas⁶, base do questionário aplicado aos principais gestores da secretaria municipal de saúde do município de Porto Feliz (SP), chama a atenção para as necessidades de mudanças e adaptações nos sistemas de saúde para atender adequadamente às pessoas com doenças crônicas. Neste modelo, existem seis áreas focais para melhorar a atenção: Organização do Sistema de Saúde, Recursos Comunitários, Apoio para o Auto-Monitoramento; Desenho da linha de cuidado; Suporte para Decisões Clínicas e Sistema de Informação Clínica.

Assistência Farmacêutica no Sistema único de Saúde - SUS

De acordo com a Constituição e o Art. 6º da Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, está assegurada a assistência terapêutica integral aos cidadãos brasileiros, inclusive assistência farmacêutica. A Lei nº 8.080/90 ainda estabelece a universalidade, a equidade e a integralidade como diretrizes do SUS e a descentralização, a regionalização e a hierarquização, bem como a participação dos cidadãos, como seus princípios operativos⁷.

A gestão das políticas farmacêuticas é de responsabilidade do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), no âmbito federal, e dos órgãos de assistência farmacêutica das secretarias estaduais e municipais de saúde. Faz parte das competências da ANVISA a regulamentação, o controle e a fiscalização de produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, incluindo medicamentos. Nos estados e municípios essa atribuição é das Coordenações de Vigilância Sanitária⁸.

A relação dos medicamentos considerados essenciais para o Brasil é a RENAME. Esta relação é revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), instituída pela Portaria GM no. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades e entidades de representação de profissionais da saúde⁸.

A distribuição de medicamentos no SUS está fragmentada em vários programas e o seu financiamento encontra-se dividido em três blocos (componente básico, componente estratégico e componente especializado).

Os medicamentos da atenção básica para os portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus encontram-se na categoria dos Programas do Componente Básico, como a Assistência Farmacêutica Básica. Esse programa é utilizado para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde. O elenco de referência do programa é extraído da RENAME e os valores per capita anuais que devem ser alocados pelas esferas de governo foram definidos em norma do Ministério da Saúde. Com relação ao diabetes, os hipoglicemiantes orais estão inseridos no elenco de referência do Programa Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. As insulinas humanas NPH e regular são adquiridas e fornecidas pelo Ministério da Saúde, enquanto a aquisição e a distribuição dos insumos complementares ao tratamento dos pacientes devem ser feitas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde⁹.

Como padrão de tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, o Ministério da Saúde adotou medicamentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). São medicamentos para atendimento de pacientes cadastrados no Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus¹⁰. O Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus³. Os medicamentos são distribuídos diretamente pelo Ministério da Saúde aos municípios habilitados para esses programas e o elenco é composto por cinco medicamentos essenciais básicos.

Em 2002 foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Remédio em Casa, uma ferramenta de dispensação farmacêutica que serve ao Programa de Hipertensão e Diabetes com o objetivo de incentivar os pacientes a manterem suas doenças controladas e em constante acompanhamento médico. Adicionalmente, para o cadastramento e vinculação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HA) e diabetes mellitus (DM) às unidades básicas de saúde e a reorganização da rede de atendimento, foi criado, 2003, um Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos, o HIPERDIA. Seu uso é obrigatório para os municípios que aderirem ao Programa Remédio em casa. A finalidade é permitir o cadastramento e monitoramento dos pacientes identificados pelo Plano e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos. O processo de aquisição e de envio desses insumos para as UBS é baseado na estimativa das doenças, bem como no esquema terapêutico proposto. O financiamento desse programa baseia-se no repasse fundo a fundo dos recursos financeiros somados ao Piso de Atenção Básica (PAB). Também pode ocorrer o envio de medicamentos, por meio da Farmácia Popular, às áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família⁴.

Assistência Básica no SUS – Estratégia da Saúde da Família

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica à Saúde – ABS – constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”¹¹. O atual modelo proposto pelo SUS preconiza o conhecimento do território, o conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território e a organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é considerado, pelo Ministério da Saúde, ideal para o cuidado de doenças crônicas, por ser composto por equipes multidisciplinares consideradas indispensáveis ao cuidado crônico e por trabalhar com área geográfica definida o que deveria possibilitar maior interface com a comunidade. Esse modelo de assistência tem sido a principal estratégia do Ministério da Saúde para reestruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde. Para ter acesso a um medicamento da atenção básica, o paciente precisa ser atendido em uma unidade básica de saúde (ou hospital do Sistema Único de Saúde) e ter uma prescrição do médico.

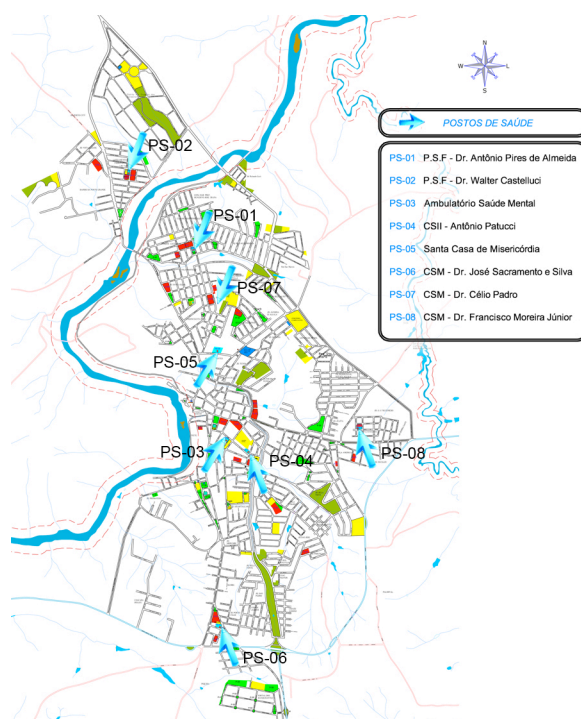
O caráter substitutivo do ESF em relação à “atenção básica tradicional” orienta-se pelos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local. A territorialização aponta para a relação que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território. O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades¹².

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica¹³.

Os processos de trabalho são divididos entre uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e enfermeira. As visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O PSF trabalha a ideia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde¹³.

O Município de Porto Feliz, SP.

Município de Porto Feliz e a localização das equipes do PSF



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz, São Paulo, janeiro 2012

Segundo dados do HIPERDIA¹⁴, estima-se que nesse município, com 48.675 habitantes (IBGE, 2010), existam 3.040 hipertensos e 1.105 diabéticos (sendo 552 diabéticos com hipertensão). Pelos dados constantes no Relatório de Gestão de 2010 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Feliz¹⁵ o total de usuários cadastrados no HIPERDIA é de 2.513 hipertensos e 841 diabéticos até dezembro de 2010, o que equivale a 54,56% dos hipertensos identificados pelos ACS e 58,56% dos diabéticos. Nesse mesmo ano constavam somente 489 pacientes mantidos no Programa Remédio em Casa (8,08% do total de pacientes identificados pelos ACS). Em 2011¹⁶ o município contava com 4.807 hipertensos e 1.526 diabéticos. Em 2011 havia 422 pacientes cadastrados no programa Remédio em Casa

A Rede Municipal de Saúde de Porto Feliz é composta por uma Unidade Básica de Saúde (Bambu); seis Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família (Jardim Vante, Jardim Excelsior ou Popular, Vila América, CAIC -agrovila, Centro, Vila Angélica); Saúde Mental, Centro de Especialidades I e Centro de Especialidades II e Ambulatório de Especialidades da Santa Casa; Farmácia Municipal e VISAEP (Vigilância Sanitária e Epidemiológica). São 21 as especialidades locadas nos Centro de Especialidades I e II e na Santa Casa.¹⁶

A Secretaria Municipal de Saúde é formada por uma Coordenação Administrativa e Técnica, Unidade de Avaliação e Controle (UAC), Auditoria, Assistência Social, Transportes, Coordenação Odontologia, Coordenação Almocharifado e Diretoria¹⁶.

A UAC e VISAEP são responsáveis pelas bases estatísticas para os indicadores de saúde do município, para a contratualização hospitalar, para a habilitação de serviços e formatação do relatório de gestão¹⁶.

A ESF de Porto Feliz conta com 10 equipes PSF e 04 equipes de Saúde Bucal, cobrindo 73.15 % da população (10.218 famílias cadastradas – 35.956 pessoas) Fonte: SIAB / IBGE 2011¹⁶.

Em 2011, segundo dados da SMS foram atendidas 139.009 receitas (uma média mensal de 11.584) sendo 236 com medicamentos padronizados. Em 2011, a Farmácia Municipal passou a adquirir medicamentos de alto custo em conformidade com a descentralização nacional. A Farmácia central é responsável pela distribuição de psicotrópicos e medicamentos padronizados. Todos os receituários municipais possuem uma mensagem para uma campanha contínua de doação de remédios não usados, bem conservados e no prazo de validade. Essa campanha iniciou-se em outubro de 2006¹⁶.

Resultados

De acordo com os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário ACIC ao núcleo estratégico da secretaria municipal de saúde, o sistema de saúde do município obteve uma pontuação geral de 7,35 sobre 11 pontos, oferecendo assim, dentro dos critérios utilizados por essa metodologia, um suporte razoável para os cuidados necessários aos portadores de doenças crônicas.

O item do questionário que apresentou melhor pontuação (8,66 sobre 11 pontos) diz respeito à “Organização do Sistema de Saúde”. O resultado aponta para um enfoque razoavelmente coerente em relação à melhoria do sistema e para uma liderança comprometida, com provedores e pacientes, para melhorar a assistência.

O item “Desenho da Linha de Cuidados” recebeu a segunda melhor pontuação (8,33 sobre 11 pontos) o que indica a existência de fluxos, funções e tarefas para garantir o acesso à atenção, bem como às informações necessárias, para pacientes e provedores, sobre o estado de saúde dos primeiros.

Com pontuações de 7,75 e 7,33 seguem os itens “Suporte para Decisões Clínicas” e “Cooperação Comunitária”. É possível, por meio desses resultados, inferir que o sistema de saúde utiliza protocolos elaborados de forma a poderem ser entendidos e aplicados no dia a dia pelos profissionais da atenção básica além de formar parcerias e alianças (ONGs, por exemplo) para melhorar a cobertura e ampliar os serviços de atenção à saúde.

“Apoio para o Auto-Cuidado” e “Sistema de Informação Clínica”, com 6,5 e 6,6 são itens que fazem parte dos processos da secretaria municipal de saúde, porém de maneira mais incipiente.

Finalmente, o item que apresentou a pior pontuação (6,33 sobre 11 pontos) refere-se à “Integração”. Este é uma combinação de todos os eixos do Modelo de Atenção às Doenças Crônicas que preconiza, por exemplo, a associação das metas de autocuidado com os registros ou sistemas de informação, ou associando políticas locais com as atividades dos planos terapêuticos dos pacientes.

Nas entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde foi possível constatar que 54% dos entrevistados estavam realizando esse trabalho há menos de um ano e 67% possuía ensino médico completo. Do total de agentes, 67% afirmaram terem recebido reclamações da população por falta de medicamentos. Com relação ao atendimento recebido, 80% dos agentes relatam reclamações diversas (47% dos agentes receberam reclamações por causa da demora em marcar consultas e 17% deles, sobre o atendimento feito por enfermeiros-as). Respectivamente, 27% e 20% dos agentes, não souberam citar nenhuma das causas da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM); 23% deles responderam incorretamente sobre as causas da HAS e 20% sobre a DM, atribuindo causas erradas às doenças; 13% não sabiam relatar nenhum

sintoma de uma pessoa com HAS, sendo que no caso da DM esse número chegou a 27%; 33% dos entrevistados consideraram o treinamento que receberam para o desempenho do seu trabalho e sobre a HAS e a DM muito básico.

Nas entrevistas com os médicos (as), enfermeiros (as) e auxiliares de enfermagem, 43% dos entrevistados consideraram que a falta de conhecimento sobre as doenças e sobre o próprio ESF é a principal causa da falta de adesão da população. 36% dos profissionais reclamaram da falta de infraestrutura, materiais, exames e medicamentos. 43% dos profissionais confirmou que a população não gosta de ser atendida por enfermeiras.

Na população entrevistada, 73% tinham acima de 55 anos. Das 44 pessoas entrevistadas, 21 tinham diabetes, 6 hipertensão e 17 ambas. Do total, 52% descobriram sua doença quando passaram mal. Com relação à medicação, 18% afirmaram não tomar a medicação prescrita de forma correta e 23% afirmou não seguir as recomendações de auto-cuidado. 77% dos que tomavam a medicação não seguiam dieta e não faziam exercícios.

Considerações

O agente comunitário é visto com um grande potencial por ser considerado o elo de união entre os serviços de saúde e a comunidade. Na prática, porém, a alta rotatividade e o treinamento insuficiente (considerado pelos próprios agentes como “muito básico”) não permitem o estabelecimento de vínculos com a população e uma efetiva orientação das famílias quanto à promoção, prevenção e à utilização dos serviços de saúde. Isto se reflete na adesão da população às recomendações recebidas, comprometendo seu entendimento a respeito das suas patologias e respectivos tratamentos.

Uma das premissas da contratação do médico para o ESF é a sua permanência na unidade de saúde em período integral, assim, a frequente ausência do médico na unidade de saúde mostra que a implantação do modelo ainda não pode ser considerada satisfatória no município. A ausência dos médicos compromete a efetividade da ESF que se funda no vínculo entre os profissionais da equipe de saúde e a população (Campos, 2005).

A percepção da população sobre os enfermeiros é outra consequência da falta de informação e conhecimento sobre a função destes e sobre os objetivos do PSF. Esse desconhecimento impede que o trabalho seja realizado pela equipe multidisciplinar, preconizado por esse modelo de assistência. Não obstante vale lembrar que os enfermeiros não podem receitar medicamentos.

A partir das análises das entrevistas feitas com os ACS, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem é possível constatar, a partir da percepção desses profissionais, que a falta de informação da população influencia negativamente na adesão às ações e serviços de saúde oferecidos pelo município. Como consequência, a população não recebe informações consistentes sobre o PSF, as doenças e seu tratamento, dificultando seu entendimento e desestimulando os pacientes a fazer um acompanhamento junto ao posto de saúde.

Compartilhamento de informações implica a comunicação e a troca de informações completas e não viesadas entre a equipe de saúde e as pessoas e as famílias, de maneira positiva; as pessoas e as famílias devem receber informações amplas, oportunas e fidedignas para que possam participar efetivamente do processo decisório da saúde¹⁷.

O despreparo dos agentes resultou em uma comunicação de baixa qualidade com os usuários.

Os processos de informação e comunicação em saúde têm importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a percepção dos usuários em

relação à qualidade dos cuidados de saúde, sua adaptação psicológica à doença e o seu comportamento de adesão medicamentosa e comportamental.

Se a eficácia da atenção básica como componente estratégico da organização dos serviços de saúde depende da capacidade de articulação dos recursos essenciais, nesse caso, dos recursos humanos é imperativo a capacitação e treinamento dos mesmos na comunicação inter e intra organizacional bem como na educação dos usuários, influenciando o estado de saúde e a utilização dos serviços.

Bibliografia

1. OMS. **Adherence to long-term therapies- evidence for action**. OMS- Organização Mundial da Saúde, 2003;
2. Gusmão, Josiane Lima de; Ginani, Giordano Floripe; Vieira da Silva, Giovanio; Coelho Ortega, Katia; Mion Jr., Décio **Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada**. Rev Bras Hipertens vol.16(1):38-43, 2009;
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: 2002;
4. Simões, Janaína Machado; Monteiro, Maria Gabriela. Projeto Remédio em Casa: uma Estratégia de Apoio às Políticas Públicas de Saúde. EAESP-FGV;
5. Bonomi, Amy E; Wagner, Edward H; Glasgow, Russell E; VonKorff, Michael. **Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement**. Health Services Research. Volume 37, Issue 3, June 2002;
6. Wagner, E.H. **Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?** - Eff .Clin.Pract., 1: 2-4, 1998;
7. Brasil. **Lei n.º 8.080, de 19/09/1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. DOFC PUB 20/09/1990 p. 018055 1. Diário Oficial da União;
8. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde ; Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005;
9. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2): 149–56.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/MS/GM, de 04/03/2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

12. Sousa, Maria Fátima de; Hamann, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009
13. Merly, Emerson Elias; Franco, Túlio Batista. PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; HUCITEC, São Paulo, 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sishiperdia; 2010 [acesso em 08/03/2010]. Número estimado de hipertensos, diabético e diabéticos com hipertensão agrupada por município UF: PI. Disponível em: hiperdia.datasus.gov.br/rel.munadesao.asp?uf=PI&dire=&co;
15. Brasil. Prefeitura Municipal de Porto Feliz. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão, 2010;
16. Brasil. Prefeitura Municipal de Porto Feliz. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão, 2011