



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ZENAR MARIA RIBEIRO MENDES

**ADESÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ (IFCE) AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO – UM ESTUDO DO CAMPUS FORTALEZA**

FORTALEZA

2012

ZENAR MARIA RIBEIRO MENDES

**ADESÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ (IFCE) AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO – UM ESTUDO DO CAMPUS FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde
da Família, modalidade semi-presencial,
Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - Núcleo
Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a
Distância Em Saúde, Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista.

Orientador: Profa. Ms. Patrícia Maria Costa de
Oliveira.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

O52g Mendes, Zenar Maria Ribeiro

Adesão dos servidores do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) ao Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão – Um estudo do Campus Fortaleza / Zenar Maria Ribeiro Mendes. – 2012.
22 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Núcleo de Tecnologias e Educação a Distância em Saúde, Fortaleza, 2012.

Orientação: Profa. Ms Patricia Maria Costa Oliveira

1. Hipertensão arterial sistêmica - HAS 2. Tratamento da hipertensão 3. Adesão ao tratamento I. Título.

CDD 362.1

ZENAR MARIA RIBEIRO MENDES



**ADESÃO DOS SERVIDORES DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ (IFCE) AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DA HIPERTENSÃO – UM ESTUDO DO CAMPUS FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em 19/05/2012

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ms. Patrícia Maria Costa de Oliveira

Orientadora

Profª. Ivana Cristina Vieira de Lima

(1º Avaliador)

Prof. Marcos Dionísio Ribeiro do Nascimento

(2º Avaliador)



Ofereço este trabalho aos pacientes que, ao longo da minha trajetória, me permitiram participar de suas vidas e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS



A todos que, de alguma maneira, auxiliam na missão que Deus me deu – amenizar as dores do corpo, quando possível, e confortar as dores da alma, sempre.

À minha família que me acompanha em todas as circunstâncias da vida, apoiando e compartilhando as conquistas que me engrandecem, bem como as frustrações que me revelam o limite da ação humana.

À minha querida irmã Zandra Dumaresq, exemplo incomparável de filha, amiga, irmã, mãe, esposa e profissional admirável, que sempre acredita em mim.

À UNA-SUS e ao NUTEDS-UFC, à Profa. Patrícia Maria Costa de Oliveira e a todos os profissionais que possibilitaram a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, contribuindo de modo crucial para o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil e para a implantação efetiva do Sistema Único de Saúde - SUS.



“O controle da pressão arterial amplo e adequado poderá reduzir em, no mínimo, 40% a mortalidade por acidente vascular encefálico e algo em torno de 15% por doença arterial coronariana. O panorama é dramático. Dramáticas deverão ser as intervenções para os benefícios esperados. A tarefa é de todos, incluindo, obviamente, nós mesmos.”

(Fernando Nobre)

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) está entre os seus principais fatores de risco. A HAS, considerando a elevada prevalência em nosso país, constitui um grave problema de saúde pública, pois reduz a expectativa de vida e conduz a complicações cardíacas e renais, gerando elevado custo econômico e social. O controle da HAS visa à prevenção de alterações irreversíveis no organismo, relacionadas à morbimortalidade cardiovascular e está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. A não adesão à terapia medicamentosa é uma das principais causas das baixas taxas de controle da hipertensão e constitui um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. Dessa forma, o grande entrave ao controle e prevenção das doenças hipertensivas é a inexistência de estratégias para fidelizar os pacientes ao tratamento. Esse estudo visa avaliar o desenvolvimento do Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão no IFCE, segundo os aspectos de adesão ou não por parte dos servidores da instituição, atuação da equipe multidisciplinar e o impacto causado na promoção da saúde dos pacientes cadastrados no Programa.

Palavras chaves: Hipertensão arterial sistêmica- HAS, tratamento da hipertensão, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in Brazil and hypertension (HBP) is one of its major risk factors. HBP, considering the high prevalence in our country, is a serious public health problem and reduces life expectancy and leads to cardiac and renal complications, increasing the economic and social cost. The control of HBP aims to prevent irreversible injuries in the body related to cardiovascular morbidity and mortality and is directly related to the degree of adherence to treatment. The drug therapy non compliance is a major cause of low rates of hypertension control and is one of the biggest problems faced by primary care professionals. Thus, the greatest barrier to the control and prevention of hypertensive disease is the lack of strategies to retain patients in treatment. This study aims to evaluate the development of the Program for Prevention and Control of Hypertension in IFCE, according to the aspects of compliance or not by the institute servers, the multidisciplinary team actions and its impact on health promotion of patients enrolled in the Program.

Keywords: High blood pressure-HBP, hypertension treatment, treatment adherence.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 A Hipertensão suas causas e consequências	09
1.2 O Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão no Instituto Federal do Ceará - Campus Fortaleza	11
2. METODOLOGIA	13
3. RESULTADOS ESPERADOS: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	14
3.1 Definição do Problema	14
3.2 Priorização dos Problemas	15
3.3 Descrição do Problema Selecionado	16
3.4 Explicação do Problema	16
3.5 Seleção dos Nós Críticos	16
3.6 Desenho das Operações	17
3.7 Identificação dos Recursos Críticos	17
3.8 Análise da Viabilidade do Plano	18
3.9 Elaboração do Plano Operativo	19
3.10 Gestão do Plano	19
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
5. REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Hipertensão: Suas Causas e Consequências

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre seus principais fatores de risco. Conforme dados da OMS, “nas próximas duas décadas, serão as doenças crônicas que, dentre as afecções não comunicáveis, ocuparão a liderança das causas de incapacidades. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% das mortes no mundo”. A hipertensão arterial sistêmica é, portanto, um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O Brasil possui aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial (HAS), isto significa que 35% da população acima de 40 anos são hipertensos (BRASIL, 2006). O controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo relacionado à morbimortalidade cardiovascular.

A HAS reduz a expectativa de vida e conduz a complicações, sobretudo cardíacas e renais, gerando elevado custo econômico e social. “O custo anual (2004) foi de, pelo menos, R\$ 30,8 bilhões (36,4% para a saúde, 8,4% para o seguro social e reembolso por empregadores e 55,2% como resultado da perda de produtividade), correspondendo a R\$ 500,00 *per capita* (para a população de 35 anos e acima) e R\$ 9.640,00 por paciente. Somente nesse subgrupo, os custos diretos em saúde corresponderam por 8% do gasto total do país com saúde e 0,52% do PIB (R\$ 1.767 bilhões = 602 bilhões de dólares), o que corresponde a uma média anual de R\$ 182,00 para os custos diretos *per capita* (R\$ 87,00 de recursos públicos) e de R\$ 3.514,00 por caso de DCV grave.” (Arq Bras Cardiol 2008; 91(3): 163-171). Por ser altamente prevalente em nosso meio, estima-se que a HAS acometa cerca de 30% dos adultos, atingindo até o dobro desse valor nos idosos. No entanto, o efetivo controle dos níveis pressóricos ainda está longe de ser alcançado na população, a despeito das evidências que o tratamento medicamentoso, bem como as mudanças para um estilo de vida saudável, modifique a evolução natural da doença e previna o desenvolvimento das DCV (Estudo de Framingham, desde 1948). No Brasil, a necessidade deste controle eficaz urge, considerando que o número de mortes por DCV nos países em desenvolvimento, de nove milhões de pessoas em 1990, pode ser estimado em 19 milhões em 2020, enquanto a mortalidade em números absolutos nesses mesmos momentos, para os países desenvolvidos, passará de cinco para seis milhões (NEJM June 10, 2004; 350; 24:2438-40).

A HAS acomete de 15 a 20% da população mundial. Além de ser um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade do aparelho cardiovascular, a hipertensão e suas complicações são responsáveis por cerca de 40% dos casos de aposentadoria e de falta ao trabalho em nosso meio, desencadeando um alto custo social.

Podemos dizer que a hipertensão é uma doença traiçoeira, pois, frequentemente é assintomática enquanto está minando o sistema circulatório de suas vítimas, até produzir efeitos extremamente maléficos e incapacitantes como a insuficiência cardíaca e o derrame cerebral. Por isso é denominada “a inimiga silenciosa”.

Apesar de tudo, a hipertensão tem um grande diferencial sobre outras doenças: seu diagnóstico depende apenas de uma simples medição da pressão arterial. Embora saibamos que a hipertensão tenha um forte componente genético pode ser controlada com mudanças no estilo de vida, além de medicamentos. Atitudes simples como redução no consumo de sal, controle do peso, abandono do tabagismo e prática regular de exercícios físicos, bastam para reduzir o nível da pressão arterial.

Visando detectar precocemente a hipertensão arterial, a tomada da pressão deve ser estimulada por campanhas institucionais e realizada em toda consulta a qualquer profissional de saúde.

Tem-se observado que a hipertensão arterial apresenta alta prevalência mundial e baixa porcentagem de controle. Nos EUA a taxa de controle de tratamento é em torno de 30% e no Brasil varia entre 22% e 44% dependendo da região considerada. Somente em 2003 ocorreu um milhão de óbitos sendo que destes, 28% devido a DVC. Dentre os fatores de risco cardiovascular para mortalidade, a hipertensão arterial está associada a 40% das mortes de acidente vascular cerebral e 25% de doenças coronarianas (LOPES; GUIMARÃES, 2006).

Um dos grandes entraves ao tratamento da doença hipertensiva é a falta de continuidade no tratamento, pois ainda não foram encontradas estratégias para fidelizar os pacientes ao tratamento. Estima-se que o grau de adesão mundial aos tratamentos crônicos seja de 50% a 75% (Martinez, 2004). Como grande desafio no tratamento das doenças crônicas cardiovasculares e hipertensivas tem-se o investimento na melhoria da adesão aos programas de controle e tratamento. Os sistemas de saúde têm empreendido esforços no sentido de encontrar novas soluções para o problema de adesão sem, contudo, alcançar grande êxito. Segundo Busnello (2001), a não adesão ao tratamento proposto pode resultar em grande prejuízo à saúde do paciente, sequelas irreparáveis e morte.

O Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão (PPCH) no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) foi idealizado visando melhorar as estratégias de adesão e acompanhamento contínuo dos servidores hipertensos da instituição. A pesquisa a ser realizada nos permitirá uma avaliação do programa e apresentará subsídios para o aperfeiçoamento do mesmo.

1.2 O Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão no Instituto Federal no Ceará – Campus Fortaleza

No ano de 2008, o governo federal aprovou a lei 11.892/2008, que instituiu a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica do país e criou os 38 Institutos Federais em nosso território, dentre eles o Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE. Segundo a nova lei, os Cefets, as Escolas Agro- técnicas e as Escolas Técnicas passam a formar os Institutos Federais, instituições de educação especializadas em oferecer educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino, oferecendo ensino técnico integrado, cursos técnicos, cursos superiores de tecnologia e licenciaturas e pós-graduação.

Além de um ensino de qualidade o IFCE procura oferecer aos seus discentes e servidores condições favoráveis para o bom desempenho de suas funções, por meio de atividades e programas tais como: Qualidade de Vida no Trabalho, Saúde e Prevenção na Escola, Serviço de Psicologia, Serviço Social e Serviço de Saúde com atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Nessa pesquisa vamos nos ater as atividades da Coordenadoria de Saúde enfatizando o Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão no IFCE.

A Coordenadoria de Saúde do IFCE trabalha na perspectiva de uma medicina preventiva seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstas na constituição Federal (Lei 8080/90), desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Dentro dessa perspectiva, quando do meu ingresso no IFCE em 2005, implantei com a equipe interdisciplinar de saúde o Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão (PPCH) no IFCE que objetiva desenvolver uma relação mais humanizada entre equipe multidisciplinar e paciente, proporcionando uma valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

O Ministério da Saúde em 2002 instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Portaria 371/2002), objetivando: Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes, oferta contínua de medicamentos para hipertensão e diabetes definidos pelo Ministério da Saúde, acompanhamento e avaliação do impacto, na morbimortalidade decorrente da implementação do programa. Seguindo essas diretrizes o PPCH no IFCE visa cadastrar e fazer um acompanhamento efetivo dos nossos servidores, visando minimizar os efeitos deletérios da HAS não controlada.

No início da implantação do programa fizemos uma sensibilização através de palestras e oficinas, com todos os seguimentos do IFCE, discentes, servidores e terceirizados mostrando como ações simples poderiam contribuir para o reconhecimento dessa doença tão perigosa e responsável por várias outras decorrentes, tais como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Além disso, a HAS está frequentemente associada a outras co-morbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, que também podem ser controladas através das modificações no estilo de vida (MEV) em conjunto com o tratamento medicamentoso.

Posteriormente a sensibilização, fixou-se um período de inscrição no qual os servidores poderiam aderir ao Programa por meio de cadastro na Coordenação de Saúde. Evidenciamos que, no período fixado para as inscrições, houve pouca adesão, fato este que nos fez compreender que, se pretendíamos obter êxito, deveríamos deixar as inscrições em fluxo contínuo dependendo da demanda.

A partir da implantação do Programa em 2005 foram cadastrados 165 servidores nas mais variadas faixas etárias para acompanhamento bimestral da pressão arterial.

2. METODOLOGIA

O Instituto Federal do Ceará – Campus Fortaleza conta com um universo de 700 servidores, entre docentes e técnicos administrativos, dos quais 165 estão cadastrados no Programa de Controle e Prevenção de Hipertensão no IFCE. Nesse universo de 165 servidores inscritos a faixa etária predominante está entre 45 e 65 anos de idade. Mediante a pesquisa, analisar-se-á especificamente como está se dando o processo de adesão dos hipertensos ao programa de controle e prevenção no campus Fortaleza, observando-se os aspectos de: frequência das visitas de acompanhamento, tratamento farmacológico, mudanças nos hábitos de vida, redução no absenteísmo ao trabalho e o impacto dessas ações no efetivo controle da pressão arterial. Essa investigação direciona-se para o que Gil destaca: *o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo* (1994, p.78).

Os participantes da pesquisa serão os 60 servidores participantes do PPCH no IFCE cadastrados entre os anos de 2005 e 2008 e com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar responsável pelo Programa. Serão utilizados questionários para os servidores cadastrados e entrevistas semiestruturadas para a equipe multidisciplinar.

Inicialmente, serão entregues questionários aos 60 servidores cadastrados no programa e, posteriormente, realizadas entrevistas semiestruturadas com a equipe multidisciplinar. Também serão entrevistados os Coordenadores de Setores/Áreas com o intuito de observar se houve redução no índice de absenteísmo após a implantação do Programa.

O estudo será desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa por entender-se que essa possibilita maior interação entre os pesquisados e o pesquisador. Nessa perspectiva, Minayo (1993) argumenta que a pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em explicar os meandros das relações sociais consideradas essenciais, resultado da atividade criadora, efetiva e racional, a qual pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

O projeto de ação será enviado ao Comitê de Ética e serão respeitados os princípios éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3. RESULTADOS ESPERADOS: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

3.1 Definição do Problema

Como grande desafio no tratamento das doenças crônicas cardiovasculares e hipertensivas tem-se o investimento na melhoria da adesão aos Programas de controle e tratamento. Os sistemas de saúde têm empreendido esforços no sentido de encontrar novas soluções para o problema da não adesão ao tratamento de doenças crônicas sem, contudo, alcançar grande êxito. Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Haynes et al., 2008).

A não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Telles - Correia *et al.*, 2008). Assim, não aderir ao regime terapêutico influencia o sucesso dos tratamentos, o que implica custos significativos em termos médicos e sociais. Estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico.

Observa-se que a equipe multidisciplinar que executa o PPCH no IFCE enfrenta dificuldades no tocante ao bom desenvolvimento do mesmo, em decorrência de problemas tais como:

- Ausência de estratégias para fidelizar os pacientes ao tratamento.
- Descontinuidade do acompanhamento do portador de hipertensão decorrente da falta de busca ativa dos pacientes por parte da equipe multidisciplinar, tendo em vista o grande número de atividades desenvolvidas por esses profissionais.
- Falta de parceria entre o IFCE e outros programas desenvolvidos pelo Município e Estado com esse mesmo objetivo;
- O desconhecimento dos pacientes quanto à gravidade da hipertensão e das doenças dela decorrentes devido ao curso geralmente assintomático da HAS.

O presente plano de ação visa contemplar o planejamento de operações para resolução destes problemas.

3.2 Priorização dos Problemas

Tabela 1 – Identificação dos fatores que influenciam na não adesão dos pacientes ao PPCH no IFCE – Campus Fortaleza

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO
Ausência de estratégias na fidelização dos pacientes hipertensivos ao Programa de Prevenção e Controle no IFCE - Campus Fortaleza.	Alta	10	Parcial
Falta de parceria entre o IFCE e outros programas desenvolvidos pelo Município e Estado com esse mesmo objetivo.	Alta	9	Parcial
Descontinuidade do acompanhamento do portador de hipertensão por parte da equipe multiprofissional que desenvolve o Programa.	Alta	9	Parcial
Desconhecimento dos pacientes quanto à gravidade da hipertensão e das doenças dela decorrentes devido ao curso geralmente assintomático da HAS	Alta	9	Parcial

3.3 Descrição do Problema Selecionado

Segundo o Ministério de Saúde, um dos principais desafios no tratamento da hipertensão trata-se da não adesão e/ou abandono dos pacientes aos programas de prevenção e controle da doença. Sabe-se que em torno de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso correto da medicação anti-hipertensiva. A porcentagem é ainda maior quando a falha no tratamento relaciona-se a MEV, como dieta, atividade física, abandono do tabagismo e etilismo. (Rev. Bras. Hipertens vol.13(1): 35-38, 2006).

3.4 Explicação do Problema

Os profissionais de saúde que executam o programa necessitam aprimorar o processo de acompanhamento dos pacientes hipertensos, bem como intensificar a divulgação do programa e os benefícios decorrentes do mesmo. Dessa forma, faz-se necessário a implementação de mais campanhas de esclarecimentos e capacitação com os profissionais da área. Outra ação a ser fomentada deverá ser o intercâmbio de ações preventivas entre os diversos setores de saúde do estado.

3.5 Seleção de Nós Críticos

No estudo foram estabelecidos como nós críticos os seguintes problemas:

- Inexistências de estratégias que promovam efetivamente a adesão dos pacientes ao Programa.
- Desconhecimento dos portadores de hipertensão da gravidade da enfermidade e de outras dela decorrentes;
- Falta de um acompanhamento mais efetivo aos pacientes, pelos profissionais envolvidos na execução do Programa.

3.6 Desenhos das Operações

Tabela 2 – Análise dos problemas relacionados a não adesão terapêutica e desenvolvimento de estratégias resolutivas

PROBLEMATICA	ESTRATÉGIA	RESULTADOS
Ausência de estratégias na fidelização dos pacientes hipertensos ao Programa de Prevenção e Controle no IFCE - Campus Fortaleza	Sensibilizar profissionais da necessidade de enfatizar a importância do tratamento continuado	Atendimento comprometido aos portadores de DCV, bem como aqueles mais propensos a desenvolvê-las
Desconhecimento dos portadores de hipertensão da gravidade da enfermidade e de outras dela decorrentes	Realização de campanhas educativas que tenham grande abrangência na comunidade do IFCE	Conscientização dos servidores para que sejam co-responsáveis na promoção de sua saúde
Descontinuidade do acompanhamento do portador de hipertensão por parte da equipe multiprofissional que desenvolve o Programa	Busca ativa dos pacientes que abandonaram o programa	Adesão efetiva ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

3.7 Identificação dos Recursos Críticos

As ações preventivas no âmbito da Atenção Básica em Saúde constituem os pilares fundamentais para o enfrentamento de doenças crônicas, dentre elas a HAS e as doenças cardiovasculares a ela relacionadas.

Percebe-se que o acolhimento do paciente no Serviço de Saúde é de fundamental importância para o estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação mútua. A dimensão da importância deste acolhimento faz-se com a constatação que a consulta, quando respondida por um profissional com formação humanista, pode aumentar a eficácia dos serviços de saúde assim como “um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença” (ROZEMBERG; MINAYO, 2001). O aprimoramento do PPCH no IFCE exige, pois,

realização de oficinas, seminários e palestras, visando capacitação e educação continuada dos profissionais, buscando um maior comprometimento e melhor atuação junto aos pacientes.

Considerando o número reduzido de profissionais para executar todos os programas desenvolvidos pela Coordenadoria de Saúde do IFCE, fica evidente a necessidade de se estabelecer parcerias entre o IFCE e as Secretarias de Saúde do Município e do Estado com o objetivo de elaborar estratégias interinstitucionais para prevenção e promoção de saúde na instituição.

Essa interação continuada entre profissionais da saúde de diversas esferas permitirá uma troca de experiências que influenciará diretamente na solução das dificuldades encontradas na execução do Programa e que, muitas vezes, é comum a todos os órgãos que trabalham na perspectiva da promoção da saúde.

3.8 Análise da Viabilidade do Plano

A realização da pesquisa proposta para avaliação do grau de adesão dos servidores do IFCE ao PPCH e suas consequências, é claramente viável, tendo em vista que dispomos de dados registrados durante o seguimento do aludido projeto e poderemos analisar, através de questionários, a visão do paciente em relação ao tipo de influência que o engajamento nesse projeto proporcionou à sua saúde e qualidade de vida. O segundo passo é a adequação do PPCH para que se atinja um nível ideal de adesão ao tratamento e controle da HAS entre os servidores do IFCE. Apesar de complexo, não é impossível, pois, cabe a nós enquanto profissionais de saúde atuantes dentro dos princípios do SUS, o engajamento e compromisso para que as modificações necessárias ocorram.

3.9 Elaboração do Plano Operativo

Tabela 3 - Plano de operação para incremento da adesão dos servidores do IFCE ao PPCH

PROJETO	RESPONSÁVEL	PRAZO
Sensibilizar os profissionais da necessidade de enfatizar aos pacientes a importância do tratamento continuado	Equipe multidisciplinar	Junho e julho
Realização de campanhas educativas que tenham grande abrangência na comunidade do IFCE.	Equipe multidisciplinar	Agosto a dezembro
Busca ativa dos pacientes que abandonaram o programa.	Equipe multidisciplinar	Contínuo
Promover ações de promoção de saúde abrangentes em parceria com as Secretarias de Saúde do Município e do Estado	Equipe multidisciplinar	Outubro a dezembro

3.10 Gestão do Plano



Qualquer plano em execução precisa ser avaliado e verificado quanto à obtenção de bons resultados. Para o sucesso deste desafio, temos que dispor e utilizar instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação em todas as etapas. Realizaremos uma busca ativa bimestral dos pacientes cadastrados e selecionados na pesquisa, para acompanhamento da evolução no tratamento HAS e identificação dos níveis de adesão ao PPCH.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente plano de ação subsidiou a reflexão sobre a importância do Programa de Prevenção e Controle de Hipertensão no âmbito do Instituto Federal do Ceará – Campus Fortaleza e como ele vem contribuindo para o controle dos fatores de riscos relacionados às doenças cardiovasculares, em especial a HAS, nos servidores do campus Fortaleza. Analisaremos ainda a relação existente entre absenteísmo ao trabalho e presença dessas enfermidades.

Esperamos com a execução deste plano de ação, obter as informações necessárias para o aprimoramento do PPCH no IFCE – Campus Fortaleza, mediante a sensibilização dos pacientes cadastrados e a capacitação da equipe multidisciplinar envolvida no programa, objetivando um acompanhamento mais efetivo e eficaz, para que possamos minimizar o impacto negativo das doenças crônicas na qualidade de vida dos servidores.

REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, M. I. R.; FOPPA, M.; ACHUTTI, A. C.; MARANHÃO, M. F. C. Impacto Econômico dos Casos de Doença Cardiovascular Grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arq. Bras. Cardiol.**, 2008; 91(3): 163-171.
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev. Bras. Hipertens.**, vol. 13(1); 35-38, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Básica à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007. **Uma Análise da Situação de Saúde**.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em [HTTP:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Res 196.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Res%20196.doc).
- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.
- BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um laboratório de referência. **Arq. Bras. de Cardiol.**, Porto Alegre, vol.76, n.5, p.349-351, 2001.
- COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.**, 2006; 13(1): 51-4.
- DIAS, A. M., CUNHA, M., SANTOS, A., NEVES, A., PINTO, A., SILVA, A., CASTRO, S. (2011). **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura**. *Millenium*, 40: 201-219.
- FRAMINGHAM HEART STUDY.**
- GUSMÃO, J. L. et al. (2009). **Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada**. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 16 (1). (Janeiro/Março 2009). Pp. 38-43.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo. Atlas, 1994.
- JARDIM, R.A. et al. A Importância de Uma Assistência Diferenciada ao Cliente Hipertenso Visando à adesão ao Tratamento Proposto. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005.
- JARDIM, P.C.B.V.; JARDIM, T.S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Bras. Hipertens.** v.13(1): 26-29, 2006.
- MIRANDA, J. J.; KINRA, S.; CASAS, J. P.; SMITH, G. D.; EBRAHIM, S. **Non-communicable diseases in low-and middle-income countries: context, determinants and health policy**. *NEJM* June 10, 2004; 350; 24:2438-40.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev. Bras. Hipert.**, 2001, n.8, p.383-392.

LOPES, R. D; GUIMARÃES, H. P. **Avaliação Clínica do Paciente Hipertenso**. SBM-Seminários Brasileiros em Medicina, São Paulo, v.1, n.1, p.10-13, 2006.

MACDONALD, H. P.; GARG, A. X.; HAYNES, R. B. **Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review**. JAMA, 2002; 288:2868-2879.

MARTINEZ, C.B. **Cumprimiento terapêutico e hipertención arterial**. Aten Primaria 2004; 34:8: 397-8.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis- RJ. Vozes, 1993.

MION Jr, D. (org). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: **Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2006.

OIGMAN, W. (2006). **Métodos de Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo**. Revista Brasileira de Hipertensão. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). Pp. 30-34.

OMS (2003). **Adherence to long-term therapies. Evidence for action**. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114).

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. (2005). **Drug Therapy: Adherence to Medication**. *The New England Journal of Medicine*. 353. Pp. 487-497.

PAIS-RIBEIRO, J. L. (2007). **Introdução à Psicologia da Saúde**. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. **A experiência complexa e os olhares reducionistas**. Ciência e Saúde Coletiva, ano/vol.6, número 001. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil; pp 115-123.

TELLES-CORREIA, D. ; BARBOSA, A.; MEGA, I.; MONTEIRO, E. **Validação do Questionário Multidimensional da Adesão No Doente com Transplante Hepático**. Artigo Original Acta Med Port 2008; 21: 31-36.