

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Karyne Gleyce Zemf Oliveira

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Goiânia

2018

Karyne Gleyce Zemf Oliveira

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção à saúde

Orientadora: Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino

Goiânia

2018

FOLHA DE PROVAÇÃO

Karyne Gleyce Zemf Oliveira

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 04 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
Presidente da banca – PUC Goiás

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro efetivo

Prof. Dr. Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza
Membro convidado externo

Profa. Dra. Cejane Oliveira Martins Prudente
Membro suplente

Profa. Dra. Thaís Inácio Rolim Póvoa
Membro suplente convidado externo

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

O48a	<p>Oliveira, Karyne <u>Gleyce Zemf</u> Avaliação de um programa de atendimento ao hipertenso na saúde suplementar[recurso eletrônico]/ Karyne <u>Gleyce Zemf Oliveira</u> 2018; 74 f. il.</p> <p>Texto em português com resumo em inglês Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em <u>Atenção à Saúde</u>, Goiânia, 2018 Inclui referências f. 50-57</p> <p>1. Hipertensão. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Saúde suplementar. I. <u>Vitorino, Priscila Valverde do</u> Oliveira. II. <u>Pontifícia Universidade Católica de Goiás</u>. III. Título.</p> <p>CDU: 616.12-008.331.1(043)</p>
------	---

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu pai-avô Pedro Zemf (in memoriam), que sempre me deu força e me encorajou para que chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a dádiva da vida. Por me conceder sabedoria e coragem para chegar até aqui. Ele foi o meu refúgio nos momentos de solidão, meu guia nos momentos de desespero e tristeza. Ele foi e é o meu Tudo.

À minha família querida, minha base! Direta e indiretamente, vocês me deram força para esta longa caminhada, em especial meu fabuloso tio José Vicente Zenf, que mesmo a distância, me incentivou a lutar pelos meus sonhos.

À minha heroína mãe Cátia Zenf, meu espelho e orgulho. Sem ela, nada seria. Obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida. Te Amo!

Ao meu amado Luiz Alberto Bispo dos Santos Filho, por sua compreensão nos momentos de ausência e por sempre me encorajar nos momentos difíceis.

Às minhas amigas Sandra Suelly Magalhães, por sua companhia, solidariedade, paciência, amor e amizade, e Ivone Pereira, por sempre me apoiar e incentivar a concluir esta etapa. Muito obrigada por tudo.

Aos colegas e amigos do mestrado de Atenção à Saúde, que fizeram parte desta grande realização.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino, por compartilhar comigo seus conhecimentos, por sua extrema dedicação, por acreditar no meu potencial, por sua compreensão e paciência.

À Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila e ao Prof. Dr. Weimar Kunz Sebba Barrozo de Souza, por suas contribuições a este trabalho.

Aos professores do mestrado de Atenção à Saúde – PUC, por compartilharem seus valiosos conhecimentos.

À diretoria da Unimed Imperatriz, em especial ao vice-presidente Antonio Dantas Júnior, por ter me oportunizado realizar mais este sonho, e por suas sábias palavras de incentivo.

RESUMO

OLIVEIRA, K.G.Z. **Avaliação de um programa de atendimento ao hipertenso na saúde suplementar.** 2018. 74p. Dissertação de Mestrado – Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença com alta prevalência e baixas taxas de controle. A saúde privada por meio dos planos de saúde vem sendo estimulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar a realizar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, para evitar complicações cardiovasculares e reduzir custos com tratamentos de enfermidades e suas complicações. O objetivo do presente estudo foi verificar os efeitos de um programa de atendimento ao hipertenso nos níveis pressóricos, nos exames bioquímicos e na adesão ao tratamento medicamentoso no contexto de um serviço de saúde suplementar. Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, realizado com pacientes que deram entrada no programa no período de setembro de 2016 a fevereiro 2017. A amostra de conveniência foi composta por beneficiários da Unimed Imperatriz com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, participantes do Programa de Atendimento ao Hipertenso. A avaliação inicial e final constou de: aplicação de questionário para a coleta de dados pessoais, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares, verificação de peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal, medida da pressão arterial e da circunferência abdominal e teste Morinsky-Green (aplicado somente a pacientes em tratamento medicamentoso para avaliar a adesão a este tratamento). Também foram coletados resultados de exames laboratoriais: LDL, HDL, glicemia de jejum, colesterol total e triglicérides. Os participantes foram avaliados para determinar o grau de complexidade de atenção à saúde e a frequência dos telemonitoramentos e das visitas domiciliares. A intervenção teve duração de seis meses e consistiu de telemonitoramentos mensais, visitas domiciliares periódicas da equipe e reuniões em grupo. Foram selecionados 36 participantes, dos quais 15 (41,7%) concluíram o programa e compuseram a amostra final. A idade média foi de $62,6 \pm 16,6$ anos, 80% do sexo feminino, 80% com nível educacional de ensino médio ou mais. A média do índice de massa corporal foi de $29,1 \pm 5,2 \text{ Kg/m}^2$ e 11 (73,3%) apresentavam excesso de peso. Houve redução da PAS de $134 \pm 18,7$ para $121,4 \pm 13,2$ mmHg ($p=0,01$) e da PAD, de $78,8 \pm 11,6$ para $72,1 \pm 7,8$ mmHg ($p=0,02$), aumento na frequência de atividade física de $0,8 \pm 0,28$ para $1,7 \pm 0,4$ vezes por semana ($p=0,038$) e a frequência de alta adesão medicamentosa aumentou de 46,7% para 93,3%. A satisfação dos participantes em relação ao programa foi de $8,7 \pm 0,52$ pontos. O programa avaliado propiciou melhora dos valores de PAS e PAD, elevou a frequência de atividade física e a adesão medicamentosa.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar.

ABSTRACT

OLIVEIRA, K.G.Z. **Evaluation of a hypertensive care program in supplementary health.** 2018. 70p. Master's Dissertation - School of Social Sciences and Health. Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

Systemic arterial hypertension is a disease with a high prevalence and low control rates. Private health through health plans has been stimulated by the National Supplementary Health Agency to carry out health promotion and disease prevention programs, seeking to avoid cardiovascular complications and reduce costs with disease treatments and their complications. The Cooperativa Médica Unimed Imperatriz implemented the Health Care Program in 2016. No studies were found that evaluated the programs of the supplementary health care network. The objective of the present study was to verify the effects of a hypertensive care program on blood pressure levels, biochemical tests and adherence to drug treatment in the context of a supplementary health service. A quasi-experimental study of the type before and after which was performed with patients who entered the program, from September 2016 to February 2017. The convenience sample consisted of beneficiaries of the Unimed Imperatriz, aged 18 years or over, of both sex, participants in the Hypertensive Care Program. The initial and final evaluation consisted of: a questionnaire for the collection of personal data, life habits, personal and family history, weight and height verification for the calculation of body mass index, blood pressure measurement and abdominal circumference; Morinsky-Green test (applied only to patients on drug treatment to evaluate adherence to this treatment). Results of laboratory tests were also collected: LDL, HDL, fasting glycemia, total cholesterol and triglycerides. The participants were also evaluated to determine the degree of complexity of health care and to determine the frequency of telemonitoring and home visits. The intervention lasted six months with monthly telemonitoring, periodic home visits of the team and group meetings. We selected 36 and completed the program 15 (41.7%) participants who composed the final sample. The mean age was 62.6 ± 16.6 years, 80% female, 80% with high school education or more. The mean body mass index was 29.1 ± 5.2 kg / m² and 11 (73.3%) were overweight. There was a reduction of SBP from 134 ± 18.7 to 121.4 ± 13.2 mmHg ($p = 0.01$) and DBP from 78.8 ± 11.6 to 72.1 ± 7.8 mmHg ($p = 0.02$) increased exercise frequency from 0.8 ± 0.28 to 1.7 ± 0.4 times per week ($p = 0.038$) and frequency of high drug compliance increased from 46.7% to 93, 3%. Participants' satisfaction with the program was 8.7 ± 0.52 points. The evaluated program improved SBP and DBP values, frequency of physical activity and drug compliance.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Supplementary Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	14
3.2	Diagnóstico da Hipertensão arterial sistêmica	15
3.3	Tratamento da hipertensão arterial	16
3.3.1	Tratamento não medicamentoso	16
3.3.1.1	Controle do peso corporal	17
3.3.1.2	Alimentação saudável	17
3.3.1.3	Prática de atividade física	18
3.3.1.4	Consumo moderado de álcool	19
3.3.1.5	Cessação de tabagismo	20
3.3.1.6	Controle do estresse	20
3.3.2	Tratamento medicamentoso	21
3.3.2.1	Adesão ao tratamento medicamentoso	21
3.4	Programas de tratamento da hipertensão arterial no Brasil	22
4	MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1	Desenho e local do estudo	24
4.2	Amostra	24
4.3	Critérios de inclusão e exclusão	24
4.3.1	Critérios de inclusão para estudo	24
4.3.2	Critérios de retirada do estudo	25
4.4	Recrutamento dos participantes	25
4.5	Delineamento do estudo	25
4.5.1	Avalia�o inicial	25
4.5.1.1	Questionário de avalia�o	26
4.5.1.2	Questionário ou teste de Morisky-Green	28
4.5.1.3	Questionário de Fagerstrom	28
4.5.1.4	Questionário de CAGE	29

4.5.1.5	Exames laboratoriais	29
4.5.1.6	Classificação do grau de complexidade de atenção à saúde	30
4.6	Intervenção – Programa de atendimento ao Hipertenso	33
4.6.1	Telemonitoramento	33
4.6.2	Visitas da equipe	34
4.6.3	Reuniões em grupo	34
4.7	Reavaliação	35
4.8	Análises dos dados	35
4.9	Aspectos éticos	36
5	RESULTADOS	37
6	DISCUSSÃO	43
7	CONCLUSÃO	47
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49
	ANEXOS	57
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	57
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE MORINSKY-GREEN	62
	ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE FAGERSTROM	63
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE CAGE	64
	ANEXO E – ROTEIRO DIRECIONADOR DE PERGUNTAS	65
	ANEXO F – PESQUISA DE SATISFAÇÃO	66
	ANEXO G – PARECER SUBSTANCIADO AO CEP	67
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	70
	APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	73

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem aumentado ao longo do tempo. No ano de 2012, de um total de 56 milhões de mortes registradas no mundo por causas diversas, 38 milhões decorreram de DCNT, representadas principalmente por doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas. Estima-se que, em 2030, 52 milhões de pessoas venham a óbito por DCNT (WHO, 2014), o que representa um problema de saúde associado a questões socioeconômicas, sobretudo em países de média e baixa renda (BRASIL, 2011c).

No Brasil, as DCNT respondem por 70% das causas de morte (BRASIL, 2011c) que são consequência, entre outros fatores, da falta de prevenção e do aumento da expectativa de vida (WHO, 2014), atualmente de 75,8 anos (72,2 anos para homens e 79,4 para mulheres) (IBGE, 2017). Do grupo de DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo e no Brasil, responsáveis por 29,8% dos casos (WHO, 2014; MALACHIAS *et al.*, 2016).

As DCV apresentam diversos fatores de risco, entre eles: tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, diabetes mellitus, etilismo, alimentação não saudável, obesidade, estresse e hipertensão arterial sistêmica (HAS) (AVEZUM JÚNIOR *et al.*, 2014).

A HAS é definida por valores ≥ 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e/ou ≥ 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), obtidos por meio da medida da pressão casual (MALACHIAS *et al.*, 2016). Essa condição crônica apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle (WHO, 2014). O seu tratamento pode ser não medicamentoso, que consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, e/ou medicamentoso, mediante a utilização de um ou mais medicamentos (MANCIA *et al.*, 2013; WHO, 2014).

Medidas globais para controle e prevenção das DCNT foram definidas na Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2000. Desde então, essa discussão tem se intensificado em todas as esferas, com o propósito de promover maior engajamento e, conseqüentemente, obter respostas mais assertivas para o combate dessas enfermidades, bem como preveni-las (ONU, 2011).

Na esfera pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) implantou políticas públicas para o enfrentamento e prevenção das DCNT, o que inclui a HAS. O

HIPERDIA, implementado em 2001, tem como objetivos o cadastro e acompanhamento, a dispensação de medicamentos e o fornecimento de orientação de educação em saúde para pessoas com HAS e diabetes mellitus (BRASIL, 2018b).

Outra ação instituída pelo governo brasileiro foi o programa Farmácia Popular de 2004, cujo objetivo é fornecer diversos medicamentos gratuitamente, inclusive seis anti-hipertensivos: atenolol, captopril, propranolol, hidroclorotiazida, losartana potássica e enalapril. Para dislipidemia, o programa disponibiliza sinvastatina (BRASIL, 2013c).

Lançado em 2011, o Programa Academia da Saúde oferece espaços públicos com infraestrutura, equipamentos e profissionais (profissional de educação física na saúde, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, sanitarista, educador social, musicoterapeuta, arteterapeuta, artista da dança e dançarinos) para a prática de atividades físicas (BRASIL, 2018c).

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) visa à prevenção de agravos à saúde influenciados pela alimentação e nutrição e aborda a prevenção e o tratamento por meio de uma dieta adequada, desde carências nutricionais até doenças cardiovasculares, que têm associação com sobrepeso e obesidade. (BRASIL, 2018d).

Outra medida de grande impacto instituída pelo Ministério da Saúde em 2011 foi o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022”, que enfatiza Vigilância, Informação e Monitoramento; Cuidado Integral e Promoção da Saúde (BRASIL, 2011d; DUNCAN *et al.*, 2012).

O Brasil é o único país do mundo em que mais de 100 milhões de pessoas contam com um sistema público universal e gratuito: o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012b). A Estratégia Saúde da Família (ESF), o maior programa de Atenção Primária do mundo (BRASIL, 2011b), é a porta de entrada para o SUS, que objetiva organizar a atenção básica do país e conta com equipes multidisciplinares (BRASIL, 2013a).

Por outro lado, a saúde privada por meio dos planos de saúde tem sido estimulada pela Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) a realizar Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (PROMOPREV), com a finalidade de promover “[...] mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde” (BRASIL, 2011a). Para

os planos de saúde, são programas interessantes, pois permitem reduzir os custos com o tratamento de doenças e suas complicações.

Os planos privados de saúde no Brasil contavam, em 2017, com um total de 47.408.479 beneficiários ativos. As principais operadoras desses planos, considerando o número de beneficiários, eram, em 2016: Unimed Cooperativa de Trabalho Médico, Bradesco Saúde S.A e Assistência Médica Internacional (Amil) (BRASIL, 2017a). Constituem alguns exemplos de programas de promoção da saúde para a prevenção e controle de doenças cardiovasculares das operadoras (BRASIL, 2011a): Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Unimed (UNIMED, 2013); Programa Juntos pela Saúde; Programa Saúde em Forma, desenvolvido pelo Bradesco Saúde S.A (BRADESCO; SEGUROS, 2017); e Programa Bem Viver, da Amil (AMIL, 2016).

Em busca de atender ao preconizado pela ANS no sentido de promover atendimento em prol da qualidade de vida e prevenção de complicações cardiovasculares, bem como reduzir os custos com tratamentos, a operadora de planos de saúde Unimed Imperatriz implantou, em 2016, o Programa de Atendimento ao Hipertenso. Esse programa propõe o cuidado do paciente com HAS por meio de ações educativas, vigilância e monitoramento e objetiva propiciar o autogerenciamento do beneficiário sobre a sua doença para a adoção de um estilo de vida que permita a melhora do seu estado clínico e mais qualidade de vida.

Apesar de diversos programas direcionados ao hipertenso serem atualmente desenvolvidos, não foram encontradas pesquisas que demonstrassem o resultado desses programas na rede de atenção à saúde suplementar.

Dessa forma, este estudo pretende avaliar os resultados do Programa de Atendimento ao Hipertenso para identificar aspectos a serem adequados ou aperfeiçoados. Para tanto, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: quais os efeitos do Programa de Atendimento ao Hipertenso nos níveis pressóricos, nos valores de exames bioquímicos e na adequação do tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos?

Espera-se que o Programa de Atendimento ao Hipertenso propicie ao paciente com HAS melhora dos níveis de pressão arterial, dos valores de exames bioquímicos e da adesão ao tratamento medicamentoso, o que, por sua vez, poderá favorecer uma melhor qualidade de vida e prevenir complicações adversas capazes de agravar o quadro clínico desses pacientes.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Verificar os efeitos de um programa de atendimento ao hipertenso nos níveis pressóricos, nos exames bioquímicos e na adesão ao tratamento medicamentoso no contexto de um serviço de saúde suplementar.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar os níveis pressóricos antes e após o programa.
- Avaliar o perfil lipídico, a glicemia e o índice de massa corporal antes e após o programa.
- Comparar a frequência da prática de exercício físico dos pacientes antes e após o programa.
- Identificar a frequência nas reuniões promovidas pelo programa.
- Comparar os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso antes e após o programa.
- Avaliar a satisfação do cliente quanto ao serviço prestado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial, silenciosa, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Em adultos, é caracterizada por valores de PAS \geq 140 mmHg e/ou de PAD \geq 90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Trata-se de uma causa de alta morbimortalidade no mundo e está relacionada a condições socioeconômicas. Em qualquer idade, o risco de morrer por causas relacionadas à HAS é duas vezes maior em países de baixa e média renda do que naqueles de alta renda (WHO, 2009).

O número de pessoas com HAS sem o devido controle vem aumentando ao longo dos anos devido a vários fatores, dos quais se destacam o crescimento populacional e a longevidade (BRASIL, 2014). Em 1980, o número de hipertensos não controlados era de 605 milhões. Em 2008, chegou a 978 milhões, embora a PAS tenha diminuído cerca de 1 mmHg para homens e mulheres (DANAELI *et al.*, 2011).

No Brasil, o número de pessoas com HAS aumentou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016, com maior prevalência entre as mulheres e naqueles com menor escolaridade (BRASIL, 2017d).

No grupo de usuários de planos de saúde, a frequência de adultos com diagnóstico médico de HAS foi em 2017 de 24,3%, sem diferença entre os sexos. A frequência reduziu com o aumento da escolaridade e aumentou com o avançar da idade (BRASIL, 2017c).

A HAS é o principal fator de risco cardiovascular (DANAELI *et al.*, 2011) e, se não controlada, pode causar acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, demência, falência cardíaca, cegueira e insuficiência renal, além de outras comorbidades (WHO, 2014). Pessoas com HAS apresentam três vezes mais morte por DCV do que normotensos (SILVA *et al.*, 2015). Ações de mudança de comportamento para fatores de risco modificáveis devem ser cada vez mais incentivadas, para que a HAS seja prevenida e controlada (BRASIL, 2011a).

A HAS primária tem causa desconhecida e possui os seguintes fatores de risco não modificáveis: idade, sexo, etnia e genética. Alguns dos fatores de risco modificáveis são: obesidade, sedentarismo, estresse, alimentação com excesso de sal e gordura e uso nocivo de álcool (WHO, 2014). Cerca de 50% das mortes por

doença cardiovascular poderiam ser evitadas mediante redução de fatores de risco cardiovasculares (TOMIAK *et al.*, 2016).

3.2 Diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica

O diagnóstico da HAS é realizado, essencialmente, pela medida da PA e confirmado por meio da investigação de história individual e familiar, de exame físico e análise laboratorial e clínica. Para a medida da PA, o método mais utilizado na prática clínica é o indireto, com a técnica auscultatória, que demanda alguns cuidados. Os equipamentos utilizados para aferição podem ser o esfigmomanômetro manual, semiautomático ou automático, sendo os dois últimos cada vez mais utilizados, devido à praticidade. No entanto, independentemente do equipamento escolhido, ele deve ser validado, estar aferido e, se necessário, calibrado (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para que os valores da PA não sejam erroneamente interpretados como em situações de alterações psicoemocionais e/ou de estresse físico, as aferições, considerando a medida casual, devem ser realizadas em, pelo menos, três dias distintos, com intervalo mínimo de uma semana (BRASIL, 2013).

Com base na medida, classifica-se a PA, que deve ser considerada para o tratamento e avaliação de risco (QUADRO 1).

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial casual para maiores de 18 anos

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertenso	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 -179	100 -109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (MALACHIAS *et al.*, 2016, p. 11).

Outras avaliações são importantes para a investigação e diagnóstico da HAS, como monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) e automedida da pressão arterial (AMPA). (DASKALOPOULOU *et al.*, 2012; MALACHIAS *et al.*, 2016).

3.3 Tratamento da hipertensão arterial

O tratamento da HAS é importante para a redução da morbimortalidade cardiovascular (ADDON *et al.*, 2012). A redução da PAS em 10mmHg está associada a uma diminuição de 22% na incidência de doença cardíaca coronária, 41% de acidente vascular cerebral e de 41 a 46% de mortalidade por causas cardiometabólicas (WHO, 2014).

A terapêutica para HAS consiste em tratamento não medicamentoso para todos os hipertensos e, quando necessário, terapia medicamentosa.

3.3.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso (TNM) consiste na adoção de estratégias para mudança no estilo de vida (WHO, 2014), por exemplo, controle do peso corporal, alimentação saudável, prática de atividades físicas, consumo moderado de álcool, cessação do tabagismo e controle de estresse (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O TNM é indicado para todos os estágios de HAS, sendo recomendado de forma isolada como tratamento inicial de três a seis meses para hipertensos com estágio 1 e risco cardiovascular baixo e moderado. O insucesso dessa forma de tratamento direciona para o início do uso de fármacos anti-hipertensivos, que sempre devem ser associados ao TNM (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para o controle da HAS e DCV, considera-se primordial elaborar políticas públicas de saúde que diminuam a incidência e prevalência da HAS por meio de algumas medidas: redução de sal nos alimentos processados, melhor acessibilidade e disponibilidade de frutas e vegetais, instalação de espaços para a prática de atividade física; implementação de programas integrados para HAS e diabetes mellitus na atenção primária; e desenvolvimento estratégias para melhorar a adesão e promover programas de bem-estar no trabalho (WHO, 2014).

3.3.1.1 Controle do peso corporal

A HAS está associada diretamente com excesso de peso, obesidade e circunferência abdominal (LAMPTEY *et al.*, 2017). O peso corporal apresenta a seguinte relação com o aumento da PA: para cada quilograma de redução do peso

corporal, a PAS reduz cerca de dois mmHg e a diastólica, um mmHg. O excesso de peso pode ser avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC), que deve ser mantido entre 18,5 a 24,9 kg/m² (FRISOLI *et al.*, 2011).

Para a redução ou manutenção do peso corporal adequado, aconselha-se uma dieta equilibrada (FRISOLI *et al.*, 2011), com consumo moderado de gordura, controle da ingestão de gorduras saturadas, exclusão de ácidos graxos trans, prioridade aos monoinsaturados e poli-insaturados, ingestão de menores quantidades de açúcares e inclusão de frutas, hortaliças, grãos e carnes magras (APPEL *et al.*, 2006; WHO, 2014).

3.3.1.2 Alimentação saudável

A alimentação saudável é definida como uma forma alimentar adequada aos aspectos socioculturais e biológicos, devendo estar apropriada às necessidades de cada fase de vida do indivíduo (BRASIL, 2012a). Ela tem um papel fundamental no TNM da HAS, por meio da redução do sal e prevenção e/ou controle das dislipidemias (MALACHIAS *et al.*, 2016; FALUDI *et al.*, 2017).

Em âmbito mundial, o sal é a fonte essencial de sódio (WHO, 2014) e seu alto consumo está associado ao aumento da PA e a eventos cardiovasculares (O'DONNELL *et al.*, 2014). Para reduzir a PA e o risco de acidente vascular cerebral e doença cardíaca coronária, a quantidade máxima de sal recomendada é de 5g/dia, o que corresponde a 2 g/dia de sódio (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A redução do sódio na dieta tem nível de evidência A1 no que se refere à redução da pressão arterial. A redução de sódio para obtenção de níveis de excreção de sódio urinário de 24 horas para 2,4mg/dia e 1,5mg/dia reduz a pressão arterial (PAS/PAD) em 2/1 e 7/3 mmHg, respectivamente (ECKEL *et al.*, 2014). Meta-análise que avaliou os efeitos do consumo de sal identificou redução ingestão de sal de 9-12 para 5-6 g/dia, com efeito importante sobre a PA. Entretanto, o alvo populacional a longo prazo deve ser de um consumo de 3g/dia (HE *et al.*, 2013).

Embora o consumo médio de sódio do brasileiro seja alto, superior a 3,2 g/dia, apenas 14,2% dos brasileiros adultos relatam consumo elevado de sal (IBGE, 2011).

A redução na ingestão de sal tem efeito significativo na diminuição da pressão arterial tanto em normotensos quanto em hipertensos, sendo que, nos últimos, os resultados na redução da PA são comparados aos da monoterapia. A redução

moderada de sal na dieta é capaz de melhorar a distensibilidade arterial, de modo que algumas estratégias com esta finalidade têm sido adotadas mundialmente, por exemplo, incentivo para que indústrias alimentícias produzam alimentos com menores quantidades de sal e/ou para que as pessoas o utilizem em menor quantidade na cozinha ou na mesa (HE *et al.*, 2013).

3.3.1.3 Prática de atividade física

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal que promova gasto energético (WHO, 2014). Como recomendação para a melhora da qualidade de vida e da saúde cardiovascular, orienta-se praticá-la moderadamente durante 30 minutos, pelo menos cinco vezes por semana, de maneira acumulada ou contínua (BRASIL, 2013).

O sedentarismo, que significa ausência ou prática insuficiente de atividade física, é considerado uma das dez principais causas de mortalidade no mundo. Por outro lado, a atividade física regular contribui para diminuição da PA e controle de peso. Sedentários têm entre 20% a 30% mais chances de morrerem por qualquer causa e de 30% a 50% mais chances de desenvolverem HAS se comparados aos ativos (BRASIL, 2014).

A prática de atividade física beneficia a prevenção e o tratamento da HAS. Exercícios aeróbios de intensidade moderada e alta reduzem a PAS em 2,1 mmHg e 1,7 mmHg para PAD em pré-hipertensos e 8,3 mmHg e 5,2 mmHg para pressão sistólica e diastólica, respectivamente, em pessoas hipertensas (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Treinamentos como a corrida e a prática de futebol, com frequência de 2,4 vezes por semana e duração de 1 hora, foram capazes de reduzir a PAD entre 4 e 9 mmHg e o peso em 1,5kg, em média, entre hipertensos no estágio 1 (KNOEPFLI-LENZIN *et al.*, 2010).

Exercícios de resistência, resistência dinâmica e resistência isométrica podem reduzir significativamente a PAS e PAD, e o exercício combinado, aeróbio e isométrico, é capaz de diminuir a PAS. Exercícios de resistência e alta intensidade têm efeitos significativos na redução da PA em hipertensos (CORNELISSEN; SMART, 2013).

Treinamentos de exercícios aeróbios (HUANG *et al.*, 2013), exercícios de resistência dinâmica ou ambos, quando realizados regularmente por pessoas hipertensas, por um período de pelo menos três meses, reduziram a PAS e PAD em 6 a 6 mmHg e 2 a 3,5 mmHg, respectivamente (HERROD *et al.*, 2018).

Um programa de exercícios em esteira, desenvolvido de 8 a 12 semanas com hipertensos, mostrou-se capaz de diminuir a PAS em 6 ± 12 mmHg e a PAD em 3 ± 7 mmHg ($p = 0,03$) em pacientes com hipertensão resistente, o que evidencia os benefícios da prática de exercícios aeróbios no tratamento da hipertensão (DIMEO *et al.*, 2012).

3.3.1.4 Consumo moderado de álcool

O consumo de álcool está relacionado ao risco para várias doenças cardiocerebrovasculares, como fibrilação atrial, doença hipertensiva, acidente vascular cerebral. Também é um fator que reconhecidamente pode interferir no controle da HAS (WHO, 2014).

O consumo de álcool deve ser moderado, pois os benefícios ou malefícios dele decorrentes estão relacionados à quantidade (DI CASTELNUOVO *et al.*, 2006): não deve ultrapassar 30ml de etanol/dia para homens (300ml vinho ou 720ml de cerveja) e 15ml de etanol/dia para mulheres. Seguindo essa orientação, o consumo moderado desta substância pode ser benéfico, pois promove redução da pressão arterial de 2 a 4 mmHg (BRASIL, 2013b; WHO, 2014). Além disso, está associado a um menor risco de mortalidade por todas as causas de doença cardiovascular em ambos os sexos (XI *et al.*, 2017).

Entretanto, o consumo de 10 gramas ou 12,5 ml por dia de álcool faz a pressão arterial aumentar em 1mmHg (FAN *et al.*, 2013). Além dos efeitos hipertensores, o uso abusivo de álcool pode prejudicar a adesão medicamentosa da HAS, pois pessoas que abusam do álcool acreditam que não devem tomar a medicação subsequentemente (BRASIL, 2014).

3.3.1.5 Cessação do tabagismo

Entre os fumantes, a causa mais comum de morte é por doenças cardiovasculares (DCV). As mulheres fumantes apresentam maior risco relativo de desenvolver DCV em relação aos homens tabagistas (BRASIL, 2014).

O tabaco aumenta o risco de doenças cardiovasculares e é uma das principais causas de mortes evitáveis no mundo. Entretanto, não há evidência de que a cessação do tabaco diminua a PA (MALACHIAS *et al.*, 2016). A OMS recomenda, como meta global para 2025, a redução relativa de 30% na prevalência do uso de tabaco para pessoas com mais de 15 anos de idade e alerta que, caso não haja uma ação efetiva para tanto, o número de mortes por DCV aumentará em oito milhões até 2030 (WHO, 2014).

Vale ressaltar que o uso do cigarro interfere na farmacodinâmica de drogas anti-hipertensivas, pois aumenta a resistência aos medicamentos e faz com que o tempo de duração seja inferior ao esperado (BRASIL, 2014a).

3.3.1.6 Controle do estresse

Fatores psicossociais interferem diretamente no controle da HA (GARRIDO *et al.*, 2013). O estresse é um dos fatores de risco cardiovascular que pode ser reduzido por meio de ações de educação em saúde com equipe multidisciplinar (MARINHO *et al.*, 2017). Intervenções como a utilização de técnica de relaxamento são capazes de reduzir a PAS e influenciar no menor consumo de anti-hipertensivos (DUSEK *et al.*, 2008).

A musicoterapia é outro importante coadjuvante no tratamento não farmacológico para o controle da HAS, pois promove efeitos benéficos no comportamento individual biopsicoemocional e reduz o estresse, agindo no controle da HAS, principalmente por diminuir a PAS e PAD em hipertensos no estágio 1 (ZANINI *et al.*, 2009).

3.3.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso consiste na utilização de anti-hipertensivos em monoterapia ou terapia associada, iniciados após confirmação do estágio da HAS, associado aos fatores de risco cardiovascular (FRCV). Para a definição do tratamento, são considerados: idade, tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus e história familiar prematura de doença cardiovascular, assim como doença cardiovascular instalada e/ou lesão em órgão-alvo que são importantes preditores para a terapia anti-hipertensiva. Já para a definição do esquema terapêutico, devem ser avaliados os níveis da pressão arterial, fatores de risco, lesão de órgão-alvo e/ou doença cardiovascular instalada (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O tratamento com a monoterapia é indicado para HAS de estágio 1, associado com risco cardiovascular baixo e moderado. Podem ser administrados diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) e bloqueadores dos receptores da angiotensina (BBA). Em caso de não eficácia, deve-se aumentar a dose e/ou associá-los com outro anti-hipertensivo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Indica-se o tratamento com a combinação medicamentosa a pacientes com HAS estágio 1, risco cardiovascular alto ou muito alto ou doença cardiovascular (MANCIA *et al.*, 2013). Para HAS estágio 2 e 3, com ou sem fatores de risco cardiovascular associados, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado com a associação de dois fármacos ou mais. A escolha de associação deve ser realizada com anti-hipertensivos que apresentem diferentes mecanismos de ação (CALHOUN *et al.*, 2008; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Cabe ressaltar que, muitas vezes, a eficácia de drogas é prejudicada pelo não seguimento recomendado da medicação prescrita. Ademais, a não adesão medicamentosa faz com que pacientes apresentem piora em termos de saúde e, conseqüentemente, gerem mais gastos aos sistemas de saúde (BUTLER, 2011).

3.3.2.1 Adesão ao tratamento medicamentoso

A adesão medicamentosa refere-se ao cumprimento correto de, no mínimo, 80% do esquema terapêutico prescrito, seguindo horários, tempo de tratamento e doses, com a finalidade de manutenção ou melhora da saúde. Diversos fatores

podem influenciar na adesão medicamentosa, como sexo, etnia, estado civil, idade, nível socioeconômico, escolaridade (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; GUSMÃO; MION JR, 2006; MANSOUR *et al.*, 2016), assim como o conhecimento sobre a doença (MOURA *et al.*, 2016).

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso tem como consequência menor redução da PA (BLOCH *et al.*, 2008). Portanto, várias intervenções têm sido realizadas para obter resultados satisfatórios em termos de adesão ao tratamento medicamentoso (HILL; MILLER, 2003).

Diversas ferramentas também têm sido desenvolvidas para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso, visto que não existe um padrão-ouro (BORGES *et al.*, 2012), tais como: *Cuestionário de Valoración de Adherencia*, Questionário MBG, Questionário QAM-Q, Teste de Haynes, *Escala de conductas em salud* e *Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale*, questionário de adesão a medicamentos da equipe Qualiaids (QAM-Q) e Teste de Morisky-Green (TMG) (SANTA HELENA *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2015).

O TMG é uma escala validada em português (STRELEC *et al.*, 2003), composta de quatro itens para identificar o comportamento individual diante da tomada de medicamento. Tem sensibilidade de 0,81 e especificidade de 0,44 e classifica o indivíduo em adesão ou não ao tratamento medicamentoso (GUSMÃO *et al.*, 2009; BEN *et al.*, 2012).

3.4 Programas para tratamento da hipertensão arterial no Brasil

Programas para o tratamento da HAS têm sido realizados no Brasil na tentativa de controlar os níveis pressóricos de pacientes hipertensos, prevenindo complicações, comorbidades e mortalidade.

O programa HIPERDIA é uma iniciativa do SUS e destina-se a pessoas com HAS e/ou diabetes mellitus em nível ambulatorial. Além de acompanhar pacientes no consultório, oferece educação em saúde e distribui medicamentos, o que tem proporcionado mudanças no comportamento das pessoas acompanhadas e melhor qualidade de vida (LIMA *et al.*, 2012; BRASIL, 2018b).

Na saúde suplementar, a maioria dos programas desenvolvidos pelos planos de saúde contempla a terceira idade - faixa etária que utiliza a maior parte dos

serviços das operadoras. A HAS é uma das doenças mais frequentes nessa população, representando 15,6% (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Diversas operadoras de planos de saúde têm investido em projetos direcionados ao gerenciamento de pacientes com doenças crônicas, em específico a HAS. A Unimed Ourinhos menciona crescimento de 20% no número de participantes nesses programas nos últimos anos, o que denota satisfação com as ações desenvolvidas (ALVES *et al.*, 2017). A redução de custos das operadoras de planos de saúde e o aumento da adesão medicamentosa ocorrem por meio do gerenciamento de pessoas com DCNT, e isso também possibilita sinalizar precocemente eventuais complicações de doenças crônicas (INGLIS *et al.*, 2011).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho e local do estudo

Estudo quase experimental do tipo antes e depois, realizado no Centro de Promoção da Saúde Unimed de Imperatriz (MA), direcionado somente para clientes que possuem o plano de saúde Unimed. Disponibiliza serviços de ambulatório, coleta de exames e programas de medicina preventiva.

Em média, este centro atende diariamente 80 pessoas, o equivalente a 2 mil por mês. Conta com profissionais de enfermagem, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e de diversas áreas da medicina (endocrinologia, urologia, endocrinologia, pediatria e clínica geral) (UNIMED IMPERATRIZ, 2016).

Atualmente, a operadora de planos de saúde Unimed Imperatriz possui mais de 27.000 beneficiários, 55,7% deles com mais de 18 anos de idade. No ano de 2015, as especialidades de cardiologia e cirurgia cardiovascular foram responsáveis por 4,8% do total de gastos da operadora, estando entre os oito principais procedimentos da cooperativa (UNIMED IMPERATRIZ, 2016).

O Programa de Atendimento ao Hipertenso começou a ser desenvolvido em março de 2016 e destina-se a pessoas com HAS e/ou diabetes mellitus, autorreferida ou relatada, e idade superior a 18 anos. O objetivo é promover o engajamento do beneficiário quanto ao cuidado de sua saúde.

O Programa de Atendimento ao Hipertenso realizado pela Unimed Imperatriz segue orientações do Manual de Atenção à Saúde do Sistema Unimed (UNIMED, 2013). Ele compreende o monitoramento de pacientes com doenças crônicas, em especial doenças cardiocerebrovasculares confirmadas. Não é gerado custo adicional para o participante do programa.

4.2 Amostra

A amostra de conveniência foi composta por participantes que deram entrada no Programa de Atendimento ao Hipertenso no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Dessa forma, foram incluídos no estudo 36 pacientes.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

4.3.1 Critérios de inclusão

Para inclusão no estudo, o participante deveria estar cadastrado no programa de atendimento ao hipertenso da operadora, ter idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica primária e telefone fixo ou móvel na residência para receber as ligações mensais.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que solicitaram o desligamento do plano de saúde ou não retornaram para a avaliação final.

4.4 Recrutamento dos participantes

Todos os pacientes com HAS identificados no Centro de Promoção da Saúde Unimed e aqueles que preencheram os critérios do protocolo do programa de atendimento ao hipertenso foram convidados a participar da pesquisa.

O convite a 41 pessoas foi realizado pela pesquisadora em uma sala reservada, sendo que 36 aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Delineamento do estudo

O estudo teve início com uma avaliação prévia de cada participante antes de entrar no programa (avaliação inicial), seguida de intervenção com duração de seis meses e avaliação final, após o encerramento do programa (ANEXO A).

4.5.1 Avaliação inicial

A avaliação inicial ocorreu mediante a aplicação de um questionário contendo dados socioeconômicos, anamnese, resultados dos exames laboratoriais realizados até três meses antes da avaliação; questionário de Morinsky-Green (avaliação da

adesão medicamentosa); questionário de Fagerström, (avaliação do grau de dependência de cigarro) e questionário de CAGE (avaliação do grau de dependência de álcool), este último aplicado somente a etilistas.

O programa também utilizou o instrumento de avaliação da complexidade de atenção à saúde para estabelecer e determinar a modalidade e frequência do gerenciamento adequado para o alcance do autocuidado (UNIMED, 2013).

4.5.1.1 Questionário de avaliação

O questionário (ANEXO A) utilizado no Programa de Atendimento ao Hipertenso contém variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas e foi aplicado pela enfermeira do programa. Aqui, serão apresentadas somente as variáveis utilizadas neste estudo (QUADRO 2)

Quadro 2 – Variáveis e categorias do questionário e categorização para o estudo

Variável	Categoria/unidade de medida utilizada no questionário	Categoria/unidade de medida utilizada no estudo
Idade (informada no sistema da Unimed Imperatriz)		Em anos, a partir da data de nascimento
Sexo	Masculino Feminino	Masculino Feminino
Nível educacional	Analfabeto 1º grau completo 1º grau incompleto 2º grau completo 2º grau incompleto 3º grau completo 3º grau incompleto Pós-graduação	Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Pós-graduação
Estado civil	Solteiro Casado União estável Separado/divorciado Viúvo	Com companheiro Sem companheiro
Renda individual	< que 1 salário	Menor que 1 salário

	entre 1 e 2 salários > que 2 salários mínimos Não deseja declarar	Entre 1 e 2 salários Maior que 2 salários Não deseja declarar
Local de residência	Imperatriz Outro	Imperatriz Outro
Tabagismo	Sim Não	Sim Não
Etilismo	Sim Não	Sim Não
Prática de atividade física	Sim Não	Sim Não
Frequência de atividade física	Número de dias por semana	Número de dias por semana
Histórico de doença atual	Dislipidemias	Sim Não
Histórico de doença atual	Diabetes mellitus Angina Acidente vascular cerebral	Sim Não
IMC	Calculado à partir do peso (kg) e altura (m)	Em Kg/m ² Caracterizado em: Com excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m ²) Sem excesso de peso (IMC < 25kg/m ²)
Circunferência abdominal		Centímetro
Pressão arterial	Em mmHg	Em mmHg Caracterizado em: PA não controlada (≥ 140x90mmHg) PA controlada (< 140/90mmHg)

Fez-se a mensuração do peso e da altura utilizando balança com estadiômetro acoplado da marca Welmy®, calibrada e validada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO). A pesagem foi realizada com os participantes descalços, sem uso de qualquer outro objeto que pudesse interferir no peso. Para a verificação da altura, o participante permaneceu descalço, centralizado acima da balança com a cabeça erguida e o olhar fixo na altura dos olhos (ABESO, 2016). Com base no peso corporal e na altura, calculou-se o índice de massa corporal

(IMC), determinado pela seguinte fórmula: massa corporal/(altura)² (QUÉTELET, 1870).

Aferiu-se a pressão arterial com aparelho automático da marca G-TECK®, calibrado e validado pelo INMETRO. Antes do procedimento, o paciente foi orientado a não praticar exercício físico, não ingerir bebidas alcoólicas ou fumar 30 minutos antes da medida. Também recebeu orientações sobre a aferição e permaneceu em repouso por 5 minutos em ambiente tranquilo. O participante foi posicionado na posição sentado, com braço na altura do coração e palma da mão para cima, pernas descruzadas e pés apoiados no chão.

A mensuração foi realizada duas vezes em ambos os braços, com intervalo de 1 minuto entre uma verificação e outra. Foi utilizado o maior valor encontrado após a média das medidas. Nos casos em que os valores da PAS e PAD apresentaram diferença maior que 4 mmHg, foram feitas novas medidas até que valores menores fossem encontrados (MALACHIAS *et al.*, 2016). Neste estudo, foi considerada a PA alterada para valores ≥ 140 mmHg para PAS e ≥ 90 mmHg para PAD.

Para mensurar a circunferência abdominal, utilizou-se fita métrica inextensível posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2000). Considerou-se circunferência abdominal alterada ≥ 80 cm para mulheres e ≥ 90 cm para homens (ABESO, 2016).

4.5.1.2 Questionário ou teste de Morinsky- Green

O questionário ou teste de Morinsky-Green (ANEXO B) é o instrumento desenvolvido na década de 80 para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e que se encontra validado nas línguas inglesa (MORISKY *et al.*, 1986) e portuguesa (STRELEC *et al.*, 2003). Ele é composto por quatro perguntas: cada uma recebe pontuação zero, se respondida afirmativamente, e um, em caso de negativa. O resultado corresponde à soma de todas as questões e é categorizado da seguinte forma: 0 a 1, como baixa adesão; 2 a 3, como média adesão e 4, alta adesão (MORISKY *et al.*, 1986). Neste estudo, foi aplicado somente a pacientes em tratamento medicamentoso e com o intuito de avaliar a adesão medicamentosa dos participantes.

O questionário foi utilizado na pesquisa a fim de avaliar a adesão medicamentosa dos participantes. A autorização para utilização deste instrumento

com vistas à publicação dos resultados da presente pesquisa encontra-se em processo de análise do autor.

4.5.1.3 Questionário de Fagerstrom

O questionário de Fagerström (ANEXO C) foi desenvolvido em 1978 e validado no Brasil (CARMO; PUEYO, 2002). Ele avalia o grau de dependência da nicotina entre fumantes. Atualmente, é o mais utilizado para este tipo de avaliação devido à facilidade de aplicação. É composto por seis questões de múltipla escolha contendo perguntas relacionadas ao uso diário do tabaco (PIETROBON *et al.*, 2007). Cada pergunta recebe uma pontuação de zero a três, atribuída de acordo com a quantidade de opções de cada questão. O resultado corresponde à soma de todas as questões e é categorizado da seguinte forma: 0 a 2, muito baixa dependência de nicotina; 3 a 4, baixa dependência de nicotina; 5, média dependência de nicotina; 6 a 7, elevada dependência de nicotina; e 8 a 10, muito elevada dependência de nicotina. Foi aplicado somente a pacientes fumantes. Consta como parte do questionário de avaliação do programa (questões 4 a 11).

4.5.1.4 Questionário de CAGE

Foi proposto em 1970 (EWING; ROUSE, 1970) e validado no Brasil (MASUR; MONTEIRO, 1983). Trata-se de um instrumento de aplicação rápida e fácil, que identifica problemas relacionados ao álcool (PRA) por meio de quatro perguntas: (1) Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (**C**ut down); (2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (**A**nnoyed); (3) O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber? (**G**uilt); (4) O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (**E**ye-opener) (EWING; ROUSE, 1970; MASUR; MONTEIRO, 1983).

A presença de duas respostas afirmativas no teste sugere indicação positiva de dependência de álcool. O questionário foi aplicado aos pacientes que faziam uso de álcool. Consta como parte do questionário de avaliação do programa (questões 12 a 16).

4.5.1.5 Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais verificados foram: LDL, HDL, glicemia de jejum, colesterol total, ácido úrico, creatinina e triglicerídeos. Foram considerados aqueles realizados até 90 dias antes da avaliação inicial, em laboratório de preferência do participante. O médico responsável pelo acompanhamento do programa solicitou exames para aqueles que não os tinham e estes também puderam ser realizados em laboratórios escolhidos pelos pacientes, considerando os seguintes critérios (QUADRO 3).

Quadro 3 – Variáveis e categorias para o estudo

Variável	Categorias	
Colesterol total		
Não alterado	≤ 190	
Alterado	>190	
Colesterol LDL		
Não alterado	≤	
Alterado	>115	
Colesterol HDL	Homens	Mulheres
Não alterado	≥40	≥46
Alterado	<40	<46
Triglicerídeos		
Não alterados	≤150	
Alterados	>150	
Creatinina		
Não alterada	<1,2 mg/dl	
Alterada	≥1,2 mg/dl	
Glicemia de jejum		
Não alterada	<100	
Alterada	≥100	

Fonte: (MALACHIAS *et al.*, 2016; GOLBERT *et al.*, 2017)

4.5.1.6 Classificação do grau de complexidade de atenção à saúde

Para essa classificação, foram considerados cinco parâmetros: apoio social; autopercepção da saúde; hospitalização relacionada com a doença crônica monitorável nos últimos 12 meses; uso de medicamentos para a doença crônica monitorável; acompanhamento médico relacionado à doença crônica monitorável (QUADRO 4). Com base nesses parâmetros, os pacientes foram classificados em riscos (baixo, médio ou alto).

Quadro 4 - Avaliação da complexidade de atenção à saúde

Parâmetro/nível	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
Apoio social	Possui – tem vínculo familiar ou de amigos presentes	Possui parcialmente - relata sentir-se sozinho	Não possui apoio social
Autopercepção da saúde	Boa – entende ter a doença e a necessidade de se cuidar	Média – entende ter a doença, mas não percebe a necessidade de se cuidar	Ruim - não entende ter a doença e não percebe a necessidade de se cuidar.
Hospitalização relacionada à doença crônica monitorável nos últimos 12 meses	Não	= 1	≥ a 2
Uso de medicamentos para a doença crônica monitorável	Contínuo	Descontínuo	Descontínuo
Acompanhamento médico relacionado à doença crônica monitorável	Sim	Não	Não

Fonte: Comitê de Atenção à Saúde Unimed, 2013.

Para cada risco, atribuiu-se uma pontuação. A soma dos pontos corresponde a um escore (QUADRO 5).

Quadro 5 - Pesos para cálculo da avaliação da complexidade de atenção à saúde

Parâmetro	Peso	Risco
Apoio social	1	Risco baixo
	7	Risco médio
	14	Risco alto
Autopercepção da saúde	1	Risco baixo
	7	Risco médio
	14	Risco alto
Hospitalização relacionada com a doença crônica monitorável nos últimos 12 meses	1	Risco baixo
	7	Risco médio
	14	Risco alto
Uso de medicamentos relacionados para a doença crônica monitorável	1	Risco baixo
	7	Risco médio
	14	Risco alto
Acompanhamento médico relacionado à doença crônica monitorável	1	Risco baixo
	7	Risco médio
	14	Risco alto

Fonte: Comitê de Atenção à Saúde Unimed (2013).

Após identificar o peso de cada parâmetro, eles foram somados para compor o escore: risco baixo (entre 1 e 6 pontos), risco médio (entre 7 e 49 pontos) e risco alto (maior que 50 pontos).

A avaliação da complexidade de atenção à saúde determinou o plano de cuidados para cada participante, inclusive a frequência dos telemonitoramentos e das visitas domiciliares. Para pacientes em que o grau de complexidade foi baixo, o enfermeiro realizou telemonitoramento mensal; para os de média complexidade,

telemonitoramento mensal acrescido de uma visita domiciliar após seis meses; e para aqueles com alto grau de complexidade, uma ligação mensal e duas visitas domiciliares, com três meses de intervalo entre elas (QUADRO 6).

Quadro 6 – Plano de cuidados para o paciente segundo a avaliação da complexidade de Atenção à Saúde

RISCO	ATIVIDADE
Baixo	Telemonitoramento mensal
Médio	Telemonitoramento mensal com visita semestral (1 visita ao término do programa)
Alto	Telemonitoramento mensal com visita trimestral (2 visitas ao longo do programa)

Fonte: Comitê de Atenção à Saúde Unimed (2013).

4.6 Intervenção – Programa de Atendimento ao Hipertenso

A intervenção teve duração de seis meses e consistiu de telemonitoramento mensal dos pacientes, reuniões mensais em grupo e visitas periódicas da equipe multidisciplinar.

4.6.1 Telemonitoramento

O telemonitoramento é a abordagem ao paciente por telefone, realizada por um profissional de saúde capacitado, com periodicidade e duração preestabelecidas de acordo com a sua classificação de saúde. A frequência foi mensal e consistiu em ligações feitas pelo enfermeiro com a finalidade de engajar o paciente no manejo de suas doenças e obter melhora das condições gerais de saúde.

No telemonitoramento, o enfermeiro questionava o paciente sobre seu estado de saúde atual, verificava se ele estava aferindo sua pressão arterial e como ela estava; orientava e verificava sobre o uso de medicamentos; incentivava a prática de atividade física e a participação nas reuniões em grupo (ANEXO E). A duração média de cada telemonitoramento foi de 5 a 10 minutos. Cada paciente recebeu seis ligações durante o primeiro semestre do programa. Três dias após a última ligação, no sexto mês do programa, ele recebeu mais um telefonema, neste caso para uma

pesquisa de satisfação (ANEXO F). No presente estudo, considerou-se somente a nota atribuída pelo participante ao programa, a qual variou de zero a dez.

4.6.2 Visitas domiciliar

As visitas ao paciente em seu domicílio foram realizadas pela equipe do programa, constituída por enfermeiro, nutricionista, educador físico, fonoaudiólogo e/ou clínico geral. A equipe poderia estar completa ou não, dependendo da condição clínica e da necessidade do paciente. A frequência das consultas domiciliares foi determinada pela classificação do grau de complexidade de atenção à saúde (QUADRO 6). Em cada consulta, a equipe verificou o estado de saúde atual do beneficiário, a pressão arterial e glicemia de jejum ou pós-prandial (se necessário). Também foram repassadas orientações para proporcionar melhor bem-estar e qualidade de vida para o paciente.

4.6.3 Reuniões em grupo

Durante a avaliação inicial, o paciente foi convidado a participar de reuniões em grupo que abordavam diversos temas (QUADRO 7), além de assuntos e dúvidas sugeridos pelos beneficiários durante a participação das reuniões em grupo.

As reuniões foram realizadas mensalmente, no período matutino, com duração de uma hora cada, sempre sob a supervisão do psicólogo do programa. Dependendo do assunto, foram convidados profissionais de outras áreas para explanação, conforme proposto inicialmente ao grupo. Familiares e acompanhantes puderam participar das reuniões. A ausência nas reuniões em grupo não constituiu motivo para retirada do programa.

Para avaliação da frequência às reuniões, utilizou-se a frequência relativa (percentual).

Quadro 7. Cronograma das reuniões em grupo

Data	Assunto	Profissional
26/10/2016	A importância de cuidar da saúde	Psicólogo
30/11/2016	Paciente motivado, paciente bem cuidado	Psicólogo
27/12/2016	Conhecendo a hipertensão	Psicólogo/Enfermeiro
25/01/2017	Alimentação equilibrada	Psicólogo/Nutricionista
22/02/2017	Prática de atividade física	Psicólogo/Educador físico
29/03/2017	Uso de medicamentos	Psicólogo/Enfermeiro
26/04/2017	A importância de cuidar da saúde	Psicólogo
31/05/2017	Paciente motivado, paciente bem cuidado	Psicólogo
28/06/2017	Conhecendo a hipertensão	Psicólogo/Enfermeiro
26/07/2017	Alimentação equilibrada	Psicólogo/Nutricionista

Além das atividades acima mencionadas, o programa disponibilizou um profissional de educação física para orientar sessões de 1h30 minutos de exercícios físicos aeróbios, com frequência de cinco vezes por semana, no período noturno.

4.7 Reavaliação

Após o sexto monitoramento, o paciente foi submetido a uma reavaliação por meio dos mesmos instrumentos, variáveis e categorias utilizados na avaliação inicial.

4.8 Análises dos dados

As variáveis qualitativas foram apresentadas com frequências absolutas e relativas e as quantitativas, com médias e desvio-padrão.

Verificou-se a normalidade da distribuição dos dados das variáveis por meio do teste de Shapiro Wilk. As comparações das variáveis antes e após a intervenção foram estabelecidas mediante a aplicação dos testes qui-quadrado e teste t para amostras pareadas.

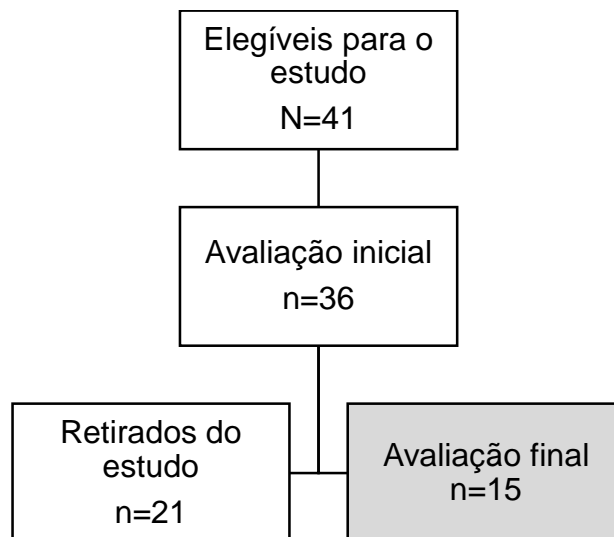
4.9 Aspectos éticos

Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, conforme Parecer Nº 1.679.014 (ANEXO G). Os preceitos da Resolução 466/12 foram rigorosamente seguidos e todos os participantes assinaram o TCLE antes de qualquer procedimento do estudo.

5 RESULTADOS

Trinta e seis participantes realizaram a avaliação inicial, dos quais 15 (41,7%) concluíram o programa e participaram da avaliação final (FIGURA 1).

Figura 1 - Participantes do Programa de Atendimento ao Hipertenso



Os participantes que completaram o programa tinham, em média, $62,6 \pm 16,6$ anos. A maioria era do sexo feminino, possuía companheiro, apresentava nível educacional de ensino médio ou mais, não quis declarar a renda e residia em Imperatriz (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes, n=15, Imperatriz, MA, 2017

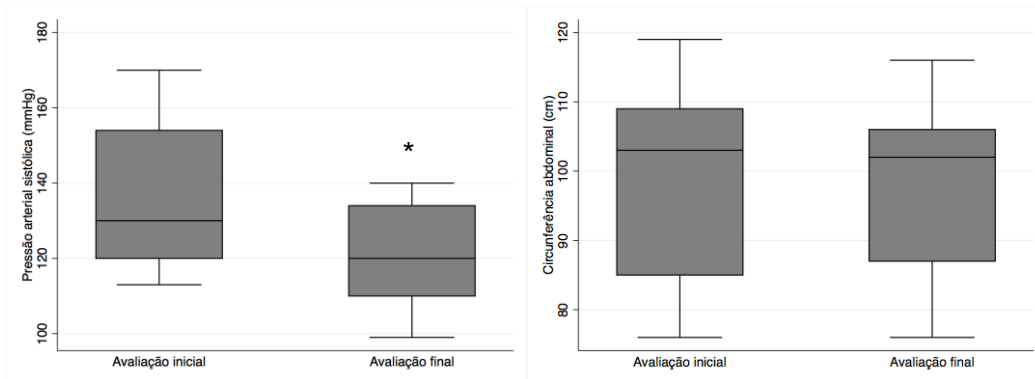
Variável	N	%
Sexo		
Feminino	12	80,0
Masculino	03	20,0
Estado civil		
Com companheiro	12	80,0
Sem Companheiro	03	20,0
Nível educacional		
Ensino fundamental	03	20,0
Ensino médio	07	46,7
Ensino superior	03	20,0
Pós-Graduação	02	13,3
Renda individual		
Menor que 1 salário mínimo	02	13,3
Entre 1 e 2 salários mínimos	03	20,0
Maior que 2 salários mínimos	01	6,7
Não deseja declarar	09	60,0
Município em que reside		
Imperatriz	14	93,3
Outro	01	6,7

Seis participantes (40,0%) relataram ter diabetes mellitus, dois (13,3%) angina e nenhum histórico de AVC prévio. Da amostra, 11 (73,3%) apresentavam excesso de peso e o IMC médio foi de $29,1 \pm 5,2 \text{ Kg/m}^2$.

Houve redução da PAS da avaliação inicial, $134,5 \pm 18,7$, para a avaliação final, $121,4 \pm 13,2$, ($p=0,01$), tal como ocorreu com a PAD, que caiu de $78,8 \pm 11,6$ para $72,1 \pm 7,8$ ($p=0,02$). Os valores dos exames laboratoriais referentes a colesterol total ($216,8 \pm 56,3$ para $189,5$, $p=0,68$); LDL ($137,4 \pm 59,5$ para $133,7 \pm 83,4$, $p=0,89$); HDL ($48,2 \pm 17,2$ para $51,3 \pm 14,2$, $p=0,37$), glicemia de jejum ($121,0 \pm 40,6$ para $111,7 \pm 31,5$, $p=0,31$) e creatinina ($0,83 \pm 0,3$ para $0,87 \pm 0,40$, $p=0,24$) não apresentaram alteração,

assim como os valores de circunferência abdominal ($98,1 \pm 13,8$ para $97,7 \pm 12,6$, $p=0,68$) e o índice de massa corporal ($29,7 \pm 5,1$ para $28,5 \pm 6,4$, $p=0,18$) (FIGURA 2).

Figura 2 - Comparação dos níveis pressóricos antes e após a participação no programa, n=15, Imperatriz, MA, 2017



Teste t para amostras pareadas

* $p < 0,05$

Houve aumento do número de participantes com pressão arterial, colesterol total, HDL colesterol, creatinina e triglicerídeos controlados na última avaliação do programa em relação à primeira (TABELA 2).

Tabela 2 – Distribuição da frequência de pressão arterial, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicerídeos, creatinina, glicemia de jejum, circunferência abdominal alterado e não alterados de pacientes antes e após o programa, n=15, Imperatriz, MA, 2017

Variável	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Pressão arterial				
Não alterada	4	26,6	9	60,0
Alterada	11	73,3	6	40,0
Colesterol total				
Não alterado	5	33,3	9	60,0
Alterado	10	66,6	6	40,0
LDL colesterol				
Não alterado	6	40,0	6	40,0
Alterado	9	60,0	9	60,0
HDL colesterol				
Não alterado	7	46,6	10	66,6
Alterado	8	53,3	5	33,3
Triglicerídeos				
Não alterados	8	53,3	9	60,0
Alterados	7	46,6	6	40,0
Creatinina				
Não alterada	3	86,6	11	73,3
Alterada	2	13,3	4	26,6
Glicemia de jejum				
Não alterada	8	53,3	6	40,0
Alterada	7	46,6	9	60,0
Circunferência abdominal				
Não alterada	4	26,6	3	20,0
Alterada	11	73,3	12	80,0

Em relação ao tratamento não medicamentoso, nenhum paciente fumava antes ou após a intervenção e, portanto, não se aplicou o questionário de Fagerstrom. Dois participantes (13,3%) relataram ingerir bebida alcóolica antes e após a intervenção, mas não foi identificada a dependência de álcool.

Não houve diferença com relação à prática de atividade física ($p=0,667$). Entretanto, observou-se aumento em sua frequência de $0,8 \pm 0,28$ para $1,7 \pm 0,4$ vezes por semana ($p=0,038$).

Tabela 3 – Comparação da frequência semanal de exercícios físicos, n=15, Imperatriz, MA, 2017

Variável	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Não praticavam exercício físico	09	60	06	40
Exercício de uma a duas vezes na semana	01	6,7	01	6,7
Exercício de três a quatro vezes na semana	04	26,7	01	6,7
Exercício em 5 dias ou mais na semana	01	6,7	07	46,7

A média de adesão nas reuniões em grupo foi de $50,3 \pm 41,2\%$ e dos telemonitoramentos, de uma vez por mês. Treze participantes responderam à pesquisa de satisfação, sendo a nota média atribuída ao programa $8,7 \pm 0,52$ pontos. Não houve paciente com baixa adesão ao tratamento medicamentoso, antes ou após o programa. Inicialmente, a alta adesão aos medicamentos era de 46,7% e aumentou para 93,3% (TABELA 4). Houve aumento da quantidade de anti-hipertensivos utilizados, de $2,8 \pm 2,2$ para $3,2 \pm 2,2$, sem significância estatística ($p=0,4$). A classificação de atenção à saúde evidenciou redução de pessoas com alto e médio risco, de 33,3% para 6,7%.

Tabela 4 – Comparação da adesão medicamentosa e complexidade de atenção à saúde, n=15, Imperatriz, MA, 2017

Variável	Antes		Depois	
	n	%	n	%
Adesão medicamentosa				
Média adesão	08	53,3	01	6,7
Alta adesão	07	46,7	14	93,3
Risco				
Baixo risco	10	66,7	14	93,3
Médio risco	3	20	1	6,7
Alto risco	2	13,3	0	0

6 DISCUSSÃO

O Programa de Atendimento ao Hipertenso promoveu redução da PAS e da PAD e melhora da frequência semanal da prática de exercício físico. Também foi identificado aumento da frequência de pacientes com alta adesão ao tratamento medicamentoso e o programa foi bem avaliado pelos participantes. Cabe ressaltar que houve alta taxa de abandono do programa e baixa participação nas reuniões propostas.

A intervenção proposta no presente estudo envolveu o acompanhamento por telemonitoramento, reuniões em grupo e incentivo à prática de atividade física. Vários estudos com intervenções que almejam educação em saúde, isoladas ou associadas com grupos de hipertensos e pacientes com DCV, apresentaram bons resultados, o que demonstra que a compreensão do paciente sobre a sua doença pode beneficiar o tratamento.

As ligações telefônicas como intervenção para a melhora do manejo de doenças crônicas são ferramentas muito utilizadas e com bons resultados tanto na redução da PAS (BOSWORTH *et al.*, 2012) quanto no valor da hemoglobina glicada de diabéticos (POWERS *et al.*, 2009). No primeiro estudo acima citado, as ligações foram realizadas mensalmente e, no segundo, a cada dois meses. Elas possibilitaram o acompanhamento contínuo, contribuíram para lembrar o paciente da importância de adotar determinados comportamentos no manejo das doenças e revelaram-se uma boa estratégia para a redução de custos.

Outra alternativa interessante é a utilização de reuniões de orientação sobre doenças crônicas. Estudo mostra que hipertensos apresentaram melhora no conhecimento sobre a doença, nos níveis de PAS e PAD, no peso e na frequência de atividade física após somente uma reunião de orientação, com três horas de duração. As avaliações foram realizadas em dois momentos: imediatamente após a reunião e decorridos quatro meses da intervenção, demonstrando que o conhecimento sobre as doenças pode apresentar efeitos a longo prazo (DARRAT *et al.*, 2017).

Em outra investigação, a realização de reuniões semanais com a equipe multiprofissional durante seis meses e o envio de SMS com os principais aspectos abordados logo após a reunião promoveram melhora da PAS e PAD, comparados a um grupo que recebeu apenas tratamento convencional (DANIALI *et al.*, 2017).

Mesmo reuniões com uma frequência mensal, desenvolvidas durante 18 meses, são capazes de proporcionar efeitos positivos, pois, no estudo, houve redução de 45% para 19% na frequência de pacientes nos estágios 2 e 3 (SILVA *et al.*, 2006). Ensaio clínico realizado com dois grupos (um composto por hipertensos submetidos à dieta DASH e orientados individualmente e outro constituído apenas por pessoas que receberam recomendações individuais) identificou melhora na PAS em ambos, o que reitera os efeitos de ações que promovem engajamento e conhecimento do paciente acerca de sua doença (LIEN *et al.*, 2007)

No caso do Programa de Atendimento ao Hipertenso avaliado neste estudo, pode-se pensar em estratégias que transcendam a realização de ligações telefônicas e envolvam o uso de celular, tais como o desenvolvimento de aplicativos e envios de mensagens. O número de linhas telefônicas fixas no Brasil tem reduzido ao longo do tempo: somente de 2017 para 2018, a redução foi de 2,75%, ao passo que o número de linhas de celulares tem crescido (BRASIL, 2017b). Em janeiro de 2018, havia um total de 236,2 milhões de linhas móveis em operação (BRASIL, 2018a). Nesse sentido, destaca-se que o celular é de mais fácil acesso para os pacientes e pode ter caráter motivacional.

O uso de aplicativos de celular como intervenção demonstrou redução da PAD e do peso corporal (KIM *et al.*, 2017), da mesma forma que houve melhora do controle da pressão arterial mediante o envio de mensagens de texto (BOBROW *et al.*, 2014; CIEMINS *et al.*, 2017).

No presente estudo, identificou-se melhora da taxa referente à alta adesão medicamentosa. Acredita-se que o nível de escolaridade, a idade média da amostra e o predomínio de pessoas do sexo feminino tenham sido fatores que contribuíram para tanto. Pacientes com baixa escolaridade e jovens tendem a apresentar baixa adesão medicamentosa, principalmente porque não entendem a prescrição médica ou não atribuem importância ao tratamento prescrito, o que compromete a saúde devido ao aumento do risco de doenças cardiocerebrovasculares (ABEGAZ *et al.*, 2017; DEMONER *et al.*, 2012; JESUS *et al.*, 2016). As mulheres têm demonstrado maior adesão ao tratamento medicamentoso (MAGNABOSCO *et al.*, 2015), visto que buscam mais os serviços de saúde e possuem maior compreensão de seu estado de saúde (HELENA *et al.*, 2010). Este resultado torna-se ainda mais relevante quando se considera que, no presente estudo, houve aumento da quantidade de anti-

hipertensivos utilizados. Sabe-se que, quanto maior o número de medicamentos utilizados, pior a adesão (LIMA *et al.*, 2010).

Os telemonitoramentos permitem economias significativas, uma vez que demandam custos menores que uma consulta médica para aconselhamentos e diminuem a procura por atendimento de urgência e emergência (TURNER *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado com hipertensos americanos identificou melhora da adesão ao tratamento medicamentoso após o fornecimento de orientações mensais por telefone a pacientes com seis meses de seguimento (ABUGHOSH *et al.*, 2016).

No presente estudo, foram identificados diversos aspectos que necessitam ser melhorados no Programa de Atendimento ao Hipertenso. A alta taxa de abandono do programa devido a desligamentos ou cancelamentos do plano de saúde motivada, principalmente, pela grave crise econômica instalada no Brasil (SIMERS, 2017) pode ser controlada mediante programas de incentivos financeiros, como descontos nas mensalidades de pacientes que atingirem metas de controle da pressão arterial, adesão ao TNM e medicamentoso.

A avaliação da atividade física é outro aspecto que merece atenção para aperfeiçoamento do programa. Neste caso, ela deve identificar a frequência, intensidade e duração dos exercícios físicos, bem como detalhar as atividades praticadas durante o deslocamento do paciente e em momentos de lazer.

Pesquisas que envolvem programas de condicionamento físico individualizado têm mostrado resultados importantes na abordagem de pacientes hipertensos. Estudo quase experimental foi realizado com hipertensos e identificou, após quatro meses de intervenção baseada em atividade física aeróbia (caminhada) e exercícios de alongamento por três vezes na semana durante 90 minutos, redução de 8 mmHg na PAS ($p < 0,05$) e de 3 mmHg na PAD ($p < 0,05$), no colesterol total de $205,4 \pm 10,2$ mg/dL para $204,8 \pm 7,6$ mg/dL ($p < 0,05$) e no LDL de $119,7 \pm 10,4$ mg/dL para $114,6 \pm 9,0$ mg/dL ($p < 0,05$), além de aumento no HDL de $54,8 \pm 3,9$ mg/dL para $60,8 \pm 3,6$ mg/dL ($p < 0,05$) (MONTEIRO *et al.*, 2007).

As reuniões e a prática de exercício físico em grupo devem ocorrer em diversos horários, para permitir a participação de todos os pacientes. Paralelamente, o envio de orientações por outros meios como aplicativos, mensagens de texto ou e-mail pode favorecer o engajamento dos pacientes no programa e motivar que participem de outras atividades.

Estudo com hipertensos avaliou a influência de um programa de automonitoramento por meio de aplicativos no celular e *portal web* durante 6 meses e identificou redução na pressão arterial sistólica ($p = 0,02$) e diastólica ($p = 0,007$), de 140,6/89,4 mmHg para 136,5/83,9 mmHg, respectivamente (KIM; WINEINGER; STEINHUBL, 2016).

Em consonância com as diretrizes de um trabalho de equipe, o Programa de Atendimento ao Hipertenso também deve incluir o acompanhamento nutricional, pois a dificuldade de perder peso requer uma intervenção direta na alimentação, de modo a contribuir para a melhora do perfil lipídico e redução significativa dos níveis pressóricos.

Apesar das limitações do estudo e das diversas melhorias que precisam ser implementadas no programa, esta é a primeira investigação sobre este tipo de intervenção na saúde suplementar no Brasil e contribuirá para o aperfeiçoamento deste programa e de novas ideias com vistas à implementação de intervenções semelhantes.

7 CONCLUSÃO

A intervenção proposta no grupo avaliado reduziu a PAS, PAD e aumentou a frequência da prática de exercícios físicos. Houve ainda melhora no índice de alta adesão ao tratamento medicamentoso e boa satisfação dos participantes em relação ao programa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de pessoas com hipertensão arterial tem aumentado de forma significativa, principalmente em virtude da maior expectativa de vida, o que evidencia a importância de programas de prevenção, promoção e cuidados com indivíduos hipertensos. O programa de atenção ao hipertenso da Unimed Imperatriz demonstrou que ações fundamentadas em orientações aos pacientes são capazes de melhorar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

O programa apresenta diversas fragilidades passíveis de melhoras. Aspecto importante a ser priorizado é o incentivo para que o paciente permaneça no programa, tendo em vista que mais da metade deles não completou os seis meses de seguimento. Este estímulo pode ser oferecido por meio da flexibilização de horários e concessão de prêmios e incentivos, especialmente financeiros, mediante descontos nas mensalidades para participantes que mantiverem uma frequência satisfatória.

A avaliação da atividade física é outro aspecto que necessita ser aperfeiçoado pelo programa. A forma como ela tem sido avaliada não contempla as diretrizes atuais e não permite a análise adequada desse importante fator de risco tanto para a hipertensão arterial quanto para doenças cardiovasculares.

Também devem ser utilizadas estratégias para incentivar a adesão ao programa e ao tratamento, com o objetivo de conferir mais autonomia e motivação ao participante, por exemplo, mediante a utilização de aplicativos e envio de mensagens por SMS.

REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4. São Paulo: 2016. p.

ADDO, J. *et al.* A review of population-based studies on hypertension in Ghana. **Ghana medical journal**, v. 46, n. 2, p. 4-11, 2012. ISSN 0855-0328.

ALVES, C. S. R.; FERNANDES, A. C.; GIANETTI, K. D. Cuidado perfeito aos portadores de moléstias cardiovasculares da Medicina Preventiva da Unimed de Ourinhos. . **Unimed Ciência**, p. 276–285, 2017.

AMIL. GPAR – Gestão de Pacientes de alto Risco. São Paulo, 2016. Disponível em: < <http://amilassessoria.com.br/diferenciais-amil/gpar-gestao-de-pacientes-de-alto-risco/> >. Acesso em: 01 mar.

APPEL, L. J. *et al.* Dietary approaches to prevent and treat hypertension: a scientific statement from the American Heart Association. **Hypertension**, v. 47, n. 2, p. 296-308, 2006. ISSN 0194-911X.

AVEZUM JÚNIOR, Á. *et al.* Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 2, p. 1-31, 2014. ISSN 0066-782X.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012. ISSN 0034-8910.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N. D.; NOGUEIRA, A. R. Cadernos de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2979-2984, 2008. ISSN 0102-311X.

BOBROW, K. *et al.* Efficacy of a text messaging (SMS) based intervention for adults with hypertension: protocol for the StAR (SMS Text-message Adherence support trial) randomised controlled trial. **BMC public health**, v. 14, n. 1, p. 28, 2014. ISSN 1471-2458.

BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, 2012. ISSN 0080-6234.

BRDESCO; SEGUROS. Bradesco Saúde PSG e empresarial. 2017. Disponível em: < https://www.bradescoseguros.com.br/100Corretor/upload/br/saude/Folder-SPG_v3.pdf?ctrl=RQFWjZCARhXtEqAAQqRGRSBVbDik&cd_cgccpf=70146152115&id_cia=1 >. Acesso em: 02 mar 2018.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: 2011a. v.4, p.

_____. A atenção básica que se quer para saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/07_abr_atencaobasica.html >.

_____. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011c. ISSN 1679-4974.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no Brasil 2011-2022**. Brasília: 2011d. v.1, p. ISBN 9788533418318. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf >.

_____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: 2012a. p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012b. p. ISBN 978-85-334-1939-1.

_____. Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasília, 2013a. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia> >. Acesso em: 04 mar.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: 2013b. v.37, p.

_____. Programa farmácia popular. Brasília, 2013c. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular> >. Acesso em: 01 mar.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: 2014. v.35, p.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação das Operadoras 2017 – Ano Base 2016. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans> >. Acesso em: 26 fev

_____. ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Telefonia fixa diminui 2,75% em 12 meses. Brasília, 2017b. Disponível em: < <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/331-brasil-tem-1-2-milhao-de-linhas-fixas-a-menos-em-2017> >. Acesso em: 25 mar.

_____. **Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico]**. Brasília: 2017c. v.1, p. ISBN <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_saudesuplementar.pdf>.

_____. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças**

crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: 2017d. p.

_____. ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Brasil tem 236,2 milhões de linhas móveis em janeiro de 2018. Brasília, 2018a. Disponível em: < <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/283-brasil-tem-236-2-milhoes-de-linhas-moveis-em-janeiro-de-2018> >. Acesso em: 25 març.

_____. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Brasília, 2018b. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia> >. Acesso em: 01 mar.

_____. Programa Academia da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**, Brasília, 2018c. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php >. Acesso em: 04 mar.

_____. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. **Departamento de Atenção Básica**, Brasília, 2018d. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php >. Acesso em: 04 mar.

BUTLER, D. Un targets top killers. **Nature**, v. 477, 2011. Disponível em: < <http://www.nature.com/news/2011/110914/full/477260a.html> >.

CALHOUN, D. A. *et al.* Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. **Circulation**, v. 117, n. 25, p. e510-e526, 2008. ISSN 0009-7322.

CARMO, J. T. D.; PUEYO, A. A. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, 2002.

CIEMINS, E. L. *et al.* Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. **Telemedicine and e-Health**, 2017. ISSN 1530-5627.

CORNELISSEN, V. A.; SMART, N. A. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 2, n. 1, p. e004473, 2013. ISSN 2047-9980.

DANAEI, G. *et al.* National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. **The Lancet**, v. 377, n. 9765, p. 568-577, 2011. ISSN 01406736.

DANIALI, S. S. *et al.* The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. **ARYA Atheroscler**, v. 13, n. 1, 2017.

DARRAT, M. *et al.* Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. **Ir J Med Sci**, 2017.

DASKALOPOULOU, S. S. *et al.* The 2012 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, and therapy. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 28, n. 3, p. 270-287, 2012. ISSN 0828-282X.

DI CASTELNUOVO, A. *et al.* Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 22, p. 2437-2445, 2006. ISSN 0003-9926.

DIMEO, F. *et al.* Aerobic Exercise Reduces Blood Pressure in Resistant Hypertension Novelty and Significance. **Hypertension**, v. 60, n. 3, p. 653-658, 2012. ISSN 0194-911X.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, 2012. Disponível em: < www.scielo.br/rsp >.

DUSEK, J. A. *et al.* Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: a randomized trial. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 14, n. 2, p. 129-138, 2008. ISSN 1075-5535.

ECKEL, R. H. *et al.* 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 63, n. 25 Part B, p. 2960-2984, 2014. ISSN 0735-1097.

EWING, J. A.; ROUSE, B. A. Identifying the hidden alcoholic. **Proceedings of the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence**, n. Australia, 1970.

FALUDI, A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. In: CARDIOLOGIA, S. B. D. (Ed.). **Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose**. Rio de Janeiro, v.109, 2017.

FAN, A. Z. *et al.* Drinking pattern and blood pressure among non-hypertensive current drinkers: findings from 1999–2004 National Health and Nutrition Examination Survey. **Clinical epidemiology**, v. 5, p. 21, 2013.

FRISOLI, T. M. *et al.* Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. **Eur Heart J**, v. 32, n. 24, p. 3081-7, Dec 2011. ISSN 1522-9645 (Electronic) 0195-668X (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21990264> >.

GARRIDO, J. *et al.* Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. **Revista chilena de cardiología**, v. 32, n. 2, p. 85-96, 2013. ISSN 0718-8560.

GOLBERT, A. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.** São Paulo: 2017. p. ISBN 978-85-93746-02-4.

GUSMÃO, J. L. D. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

GUSMÃO, J. L. D.; MION JR, D. Adesão ao tratamento—conceitos. **Rev Bras Hipertens vol**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HE, F. J.; LI, J.; MACGREGOR, G. A. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. **Bmj**, v. 346, p. f1325, 2013. ISSN 1756-1833.

HELENA, E. S.; NEMES, M.; ELUF NETO, J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial atendidas em unidades de saúde da família. **Saúde Soc**, 2010.

HERROD, P. J. *et al.* Exercise and other non-pharmacological strategies to reduce blood pressure in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Society of Hypertension**, 2018. ISSN 1933-1711.

HILL, M.; MILLER, N. Adherence to antihypertensive therapy. **Hypertension Primer. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins**, p. 390-393, 2003.

HUANG, G. *et al.* Controlled aerobic exercise training reduces resting blood pressure in sedentary older adults. **Blood pressure**, v. 22, n. 6, p. 386-394, 2013. ISSN 0803-7051.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/defaulttab_zip_energia.shtm >. Acesso em: 14 mar 2018.

_____. Em 2016, expectativa de vida era de 75,8 anos. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos.html> >. Acesso em: 20/12/2017.

INGLIS, S. C. *et al.* Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and metaanalysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review. **European Journal of Heart Failure**, 2011.

KNOEPFLI-LENZIN, C. *et al.* Effects of a 12-week intervention period with football and running for habitually active men with mild hypertension. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, v. 20, n. s1, p. 72-79, 2010. ISSN 1600-0838.

LAMPTEY, P. *et al.* Evaluation of a community-based hypertension improvement program (ComHIP) in Ghana: data from a baseline survey. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 368, 2017. ISSN 1471-2458.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. D. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003. ISSN 1413-8123.

LIMA, S.; GAIA, M.; FERREIRA, A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 30-29, 2012.

LIMA, T. D. M.; MEINERS, M. M. M. D. A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010. ISSN 2176-6223.

MAGNABOSCO, P. *et al.* Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2015.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, 2016.

MANCIA, G. *et al.* 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J**, v. 34, n. 28, p. 2159-219, Jul 2013. ISSN 1522-9645 (Electronic) 0195-668X (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771844> >.

MANSOUR, S. N.; MONTEIRO, C. N.; LUIZ, O. D. C. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 647-654, 2016. ISSN 2237-9622.

MARINHO, F. M. S.; LOPES, H. F.; TORRES, A. Efeito de uma intervenção multidisciplinar educacional em grupo no estresse de pacientes hipertensos. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 2, p. 4-24, 2017. ISSN 1516-0858.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian journal of medical and biological research= Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas**, v. 16, n. 3, p. 215-218, 1983. ISSN 0100-879X.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical care**, p. 67-74, 1986. ISSN 0025-7079.

MOURA, A. A. *et al.* Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Enfermería Global**, n. 43, p. 14, 2016.

O'DONNELL, M. *et al.* Urinary sodium and potassium excretion, mortality, and cardiovascular events. **New England Journal of Medicine**, v. 371, n. 7, p. 612-623, 2014. ISSN 0028-4793.

OLIVEIRA, K. R. D. D.; LIBERAL, M. M. C. D.; ZUCCHI, P. Aplicação de recursos em medicina preventiva no sistema de saúde complementar. **GESTÃO E ECONOMIA EM SAÚDE**, 2015.

ONU, U. N. **Prevention and control of non-communicable diseases** 2011.

PIETROBON, R. C.; BARBISAN, J. N.; MANFROI, W. C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, p. 31-36, 2007.

POWERS, B. J. *et al.* The Effect of a Hypertension Self-Management Intervention on the Unintended Targets of Diabetes and Cholesterol Control. **Am J Med**, 2009.

QUÉTELET, A. A. Antropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme. **C. Muquardt**, n. Bruxelles, 1870.

ROCHA, T. P. O. *et al.* Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, 2015.

SANTA HELENA, E. T. D.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 764-767, 2008. ISSN 0034-8910.

SILVA, T. L. N. *et al.* Cardiovascular mortality among a cohort of hypertensive and normotensives in Rio de Janeiro-Brazil-1991–2009. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 623, 2015. ISSN 1471-2458.

SILVA, T. R. *et al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 3, p. 180-189, 2006.

SIMERS. Crise resulta em cancelamento de planos de saúde e amplia colapso do SUS. 2017. Disponível em: < <http://www.simers.org.br/2016/02/crise-resulta-em-cancelamento-de-planos-de-saude-e-amplia-colapso-do-sus/> >. Acesso em: 18 mar 2018.

STRELEC, M.; PIERIN, A. M.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 81, n. 4, p. 349-54, 2003.

TOMIAK, E. *et al.* Prevention of cardiovascular disease in a rural general practice. **Ann Agric Environ Med**, v. 23, n. 4, p. 553-558, Dec 23 2016. ISSN 1898-2263 (Electronic) 1232-1966 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28030922> >.

UNIMED. **DO BRASIL. Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed.** São Paulo: 2013. v.1, p.

WHO. **World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: 2000. v.284, p. 256.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva 2009. p. 70 ISBN 978 92 4 156387 1.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva: 2014. v.1, p. 298 ISBN 978924156485 4. Disponível em: < <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> >.

XI, B. *et al.* Relationship of alcohol consumption to all-cause, cardiovascular, and cancer-related mortality in US adults. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 70, n. 8, p. 913-922, 2017. ISSN 0735-1097.

ZANINI, C. R. D. O. *et al.* O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. 2009.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO


Crônicos - Avaliação inicial

Participante: _____

Dados Cadastrais

1. Nível Educacional
 Analfabeto 1º Grau Completo 1º Grau Incompleto 2º Grau Completo 2º Grau Incompleto 3º Grau Completo
 3º Grau Incompleto Pós Graduado
2. Estado civil
 Solteiro (a) Casado (a) União Estável Separado / Divorciado Viúvo (a)
3. Renda individual
 < de 1 salário Entre 1 e 2 salários > que 2 salários Não quer declarar

Fatores de Risco - Tabagismo

4. Você fuma?
 Sim Não
5. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?
 Nos Primeiros 5 min Entre 6 a 30 min Entre 31 a 60 min Após 60 min
6. É difícil evitar o cigarro em lugares onde ele é proibido?
 Sim Não
7. Qual o cigarro mais difícil de não fumar?
 O primeiro cigarro da manhã Outros - qualquer cigarro em qualquer período do dia
8. Por dia quantos cigarros você fuma?
 Menos que 10 Entre 11 e 20 Entre 21 e 30 Mais que 31
9. Você fuma mais frequentemente pela manhã? 
 Sim Não
10. Você fuma mesmo estando doente (inclusive quando acamado maior parte do dia)?
 Sim Não
11. Você tem interesse em diminuir ou parar por completo o hábito de fumar?
 Sim Não


Fatores de Risco - Etilismo

12. Você tem o costume de beber?
 Sim Não Às vezes
13. Alguma vez você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 Sim Não
14. As pessoas aborrecem ou criticam o seu modo de beber?
 Sim Não
15. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?
 Sim Não
16. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo, ter mais disposição ou mesmo para diminuir a ressaca?
 Sim Não

Fatores de Risco - Sedentarismo

17. Você pratica esporte ou faz exercícios físicos regularmente?
 Sim Não
18. Quantas vezes por semana?
 1-2 vezes por semana 3-4 vezes por semana 5 ou mais vezes por semana

Fatores de Risco - Outros

19. Você já teve alguma perda inexplicável de peso?
 Sim Não
20. Você sente muita sede?
 Sim Não
21. Toma bastante água?
 Sim Não
22. Você urina com muita frequência?
 Sim Não
23. Você urina em grande quantidade?
 Sim Não
24. Você tem feridas que não cicatrizam (úlceras) nas pernas ou pés?
 Sim Não
25. Dores de cabeça:
 Sim Não
26. Alergias (inclusive medicamentosas):
 Sim Não
27. Você tomou vacina contra tétano nos últimos 10 anos ?
 Sim Não Não lembra
28. Você tomou as 3 doses da vacina contra Hepatite B ?
 Sim Não Não lembra
29. Você tomou vacina contra rubéola ?
 Sim Não Não lembra
30. Você tomou vacina contra gripe nos últimos 12 meses ? 
 Sim Não Não lembra

Patologia

31. Você tem diabetes:
 Sim Não
32. Familiar tem diabetes:
 Sim Não
33. Você tem hipertensão:
 Sim Não
34. Familiar tem hipertensão:
 Sim Não
35. Você tem ou já teve derrame:
 Sim Não
36. Familiar tem ou já teve derrame:
 Sim Não
37. Você tem ou já teve angina/infarto:
 Sim Não
38. Familiar tem ou já teve angina/infarto:
 Sim Não
39. Você tem ou já teve asma/bronquite:
 Sim Não
40. Familiar tem ou já teve asma/bronquite:
 Sim Não

41. Você possui câncer?

Sim Não

42. Possui familiares com câncer?

Sim Não

43. Tipo de câncer:

Câncer de mama Câncer de colo de útero Câncer de cólon (intestino) Câncer de próstata Outros

44. Qual outro tipo de câncer:

45. Em relação ao seu tratamento do câncer:

Tratamento finalizado já mais de 6 meses Em tratamento Tratamento finalizado há menos de 6 meses Em tratamento - câncer remissivo

46. Dislipidemia - colesterol e/ou triglicérides:

Você Família Você/Família Ninguém

47. Depressão:

Você Família Você/Família Ninguém

48. Alzheimer:

Você Família Você/Família Ninguém

49. Parkinson:

Você Família Você/Família Ninguém

50. Doenças renais crônicas:

Sim Não

Medicamentos

51. Uso de medicamentos:

Sim Não

HB Prever

52. Especifique qual medicação está usando:

Para emagrecer - Anorexígeno Para controle do colesterol - Antilipêmico Para tratamento de câncer - Antineoplásico Para controle da pressão arterial - Anti-Hipertensivo e/ou Diurético Anticoagulantes Para tratamento de diabetes - Hipoglicemia oral Para tratamento de diabetes - Insulina Para ansiedade e depressão - Ansiolíticos e/ou Antidepressivos Para reposição hormonal Outro(s) medicamento(s)

53. Outras medicações:

Preenchimento Exclusivo Profissional da Saúde - Dados Avaliados

54. É gestante:

Sim Não

55. Peso:


56. Altura:

57. IMC:

58. Circunferência abdominal:

59. Pressão arterial sistólica:

60. Pressão arterial diastólica:

61. Realizou exame laboratorial nos últimos 30 dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
62. Colesterol Total:	_____
63. Colesterol HDL:	_____
64. Colesterol LDL:	_____
65. Triglicérides:	_____
66. Escala de Framingham	
66.1 Colesterol Total:	_____
66.2 Você fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
66.3 Colesterol HDL:	_____
66.4 Pressão arterial sistólica:	_____
66.5 Diagnóstico de Diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
66.6 Resultado escala de Framingham homens:	_____
67. Escala de Framingham	
67.1 Colesterol Total:	_____
67.2 Você fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
67.3 Colesterol HDL:	_____
67.4 Pressão arterial sistólica:	_____
67.5 Diagnóstico de Diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
67.6 Resultado escala de Framingham mulheres:	_____
68. Faz uso de insulina: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
69. Realizada consulta com nefrologista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
70. Realizada consulta com oftalmologista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Exames Preventivos	
71. Realizou papanicolau nos últimos 12 meses (indicado F- sexualmente ativa até 74 anos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem indicação	
72. Realizou mamografia nos últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem indicação	

73. Realizou PSA nos últimos 12 meses
 Sim Não Sem indicação

Classificação de Risco

74. Apoio social:
 Possui - tem vínculo familiar ou de amigos presentes Possui parcialmente - relata sentir-se sozinho Não possui apoio social
75. Autopercepção da saúde:
 Boa - Entende ter a doença e a necessidade de se cuidar Média - entende ter a doença mas não vê a necessidade de se cuidar Ruim - não entende ter a doença e não vê necessidade em se cuidar
76. Hospitalização relacionada a doença crônica monitorável nos últimos 12 meses:
 Não =1 >2
77. Atendimento em pronto socorro relacionado a doença crônica monitorável nos últimos 12 meses:
 Não =1 >2
78. Uso de medicamento relacionado a doença crônica monitorável:
 Contínuo Descontínuo
79. Acompanhamento médico relacionada a doença crônica monitorável:
 Sim Não

Cirurgias

80. Assinale qual das cirurgias abaixo você realizou:
 Cardíacas (ponte de safena e/ou mamária e/ou angioplastica) Amputação de perna ou pé Bariátrica (obesidade) Câncer
 Nenhuma das opções
81. A cirurgia cardíaca realizada aconteceu:
 Há mais de 1 ano Há menos de 1 ano
82. A cirurgia de amputação aconteceu:
 Há mais de 1 ano Há menos de 1 ano
83. Especifique para qual tipo de câncer você realizou cirurgia:
 Câncer de mama Câncer de útero Câncer de intestino Câncer de próstata Outro

HB Prever

Hábitos Nutricionais

84. Hábito intestinal:
 Diário Dias alternados Intervalo > 3 dias
85. Consistência das fezes:
 Normal Pastosas Líquidas Ressecadas
86. Alteração gastrointestinal:
 Distensão abdominal Cólica Flatulência Vômitos Náuseas Azia Sangue vivo nas fezes Sem alteração
87. Mastigação - Você leva quanto tempo para terminar uma refeição?
 5 minutos 10 minutos 15 minutos 20 minutos 25 minutos 30 minutos ou mais
88. Em quantos dias da semana você costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume?
 1 a 2 dias por semana 3 a 4 dias por semana 5 a 6 dias por semana Todos os dias, inclusive sábado e domingo Quase nunca Nunca

Exames

89. Qual o resultado da glicemia em jejum?
 >90 mg/dL Entre 90 e 130mg/dL > 130 mg/dL Não realizou

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE MORINSKY-GREEN

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO	
O sr(a) alguma vez se esquece de tomar os seus remédios?	Sim (0)	Não (1)
O sr (a) é descuidado com os horários de tomar os seus remédios? Alguma vez o sr (a) se sentiu mal e aumentou a quantidade de remédio a ser tomada?	Sim (0)	Não (1)
Quando o sr (a) está se sentindo melhor, às vezes para de tomar os seus remédios?	Sim (0)	Não (1)
Alguma vez, o sr (a), ao tomar os medicamentos prescritos, apresentou alguma reação adversa?	Sim (0)	Não (1)
LEGENDA		
SCORE	DESCRIÇÃO	
0 a 1	Baixa adesão	
2 a 3	Média adesão	
4	Alta adesão	

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE FAGERSTROM

PERGUNTAS	ITEM	SCORE
Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	a) Após 60 min	0
	b) Entre 31 e 60 min	1
	c) Entre 6 e 30 min	2
	d) Nos primeiros 5 min	3
E difícil evitar o cigarro em lugares onde ele é proibido?	Não	0
	Sim	1
Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?	a) O primeiro cigarro da manhã	1
	b) Outros (qualquer cigarro que fumo)	0
Por dia, quantos cigarros você fuma?	a) Menos que 10	0
	b) Entre 11 e 20	1
	c) Entre 21 e 30	2
	d) Mais que 31	3
Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Não	0
	Sim	1
Você fuma mesmo estando doente, a ponto de ficar acamado na maior parte do dia?	Não	0
	Sim	1
LEGENDA		
ESCORE	DESCRIÇÃO	
0 a 2	Muito baixo	
3 a 4	Baixo	
5	Médio	
6 a 7	Elevado	
8 a 10	Muito elevado	

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE CAGE

PERGUNTAS	PONTUAÇÃO	
Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	Sim	Não
As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	Sim	Não
O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	Sim	Não
O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	Sim	Não

ANEXO E – ROTEIRO DIRECIONADOR DE PERGUNTAS

Participante	Aloisia Pereira Dos Santos		
Data do Histórico	17/03/2018 13:25	Atendente	Karyne Zempf
Descrição Resumida	Atenção ao Hipertenso - 1º TLM		
Descrição Completa			
Esteve internado ou teve alguma intercorrência nesse mês?: Não			
Foi ao médico este mês?: Não			
Realizou exame laboratorial nos últimos 30 dias?: Não			
Você tem verificado sua Pressão Arterial?: Não			
Está realizando atividade física?: Não			
Está participando de algum grupo operativo?: Não			

ANEXO F – PESQUISA DE SATISFAÇÃO

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

1. O programa atendeu suas expectativas?

() Sim () Não

2. Você foi bem atendido pelos profissionais do Programa?

() Sim () Não

3. Você recomendaria o programa para outras pessoas?

4. Qual nota você atribui ao programa?

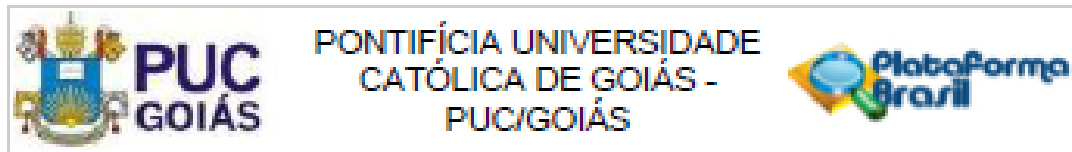
5. Você tem alguma sugestão para melhorar o Programa?

() Sim () Não

6. Atividades encerradas:

() Sim () Não

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um programa na saúde suplementar de atendimento ao hipertenso

Pesquisador: Karlyne Gleyce Zerm Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58262416.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

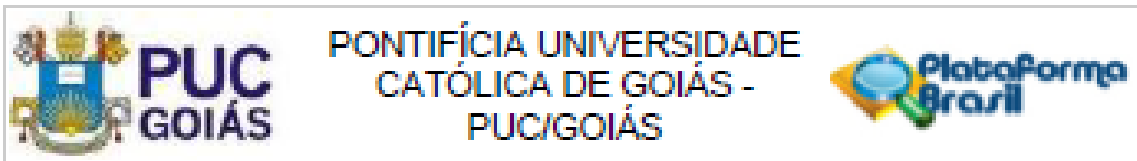
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.679.014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Mestrado em Atenção à Saúde da PUC-GO que será realizado na Unimed de Imperatriz – MA. Serão incluídos no projeto pacientes com hipertensão arterial diagnosticada, maiores de 18 anos e beneficiários da Unimed Imperatriz, que participam do Programa de Atenção ao Crônico para pacientes hipertensos. Serão aplicados quatro questionários específicos (um socioeconômico, outro para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso, outro ainda para os pacientes tabagistas e por fim outro para os pacientes eufóricos), feita a análise de exames laboratoriais (LDL, HDL, glicemia de jejum, colesterol total e triglicerídeos), avaliação de IMC e aferição da pressão arterial, além da classificação do paciente de acordo com o grau de complexidade de atenção à saúde, serão considerados quatro parâmetros (apoio social; autopercepção da saúde; hospitalização relacionada à doença crônica monitorável nos últimos 12 meses; uso de medicamentos relacionados à doença crônica monitorável e acompanhamento médico relacionada a doença crônica monitorável). A intervenção consistirá no telemonitoramento mensal dos pacientes; visitas periódicas da equipe multidisciplinar e nas consultas médicas. Ainda são oferecidas reuniões em grupos. A intervenção terá duração de seis meses para todos os pacientes. Após esses seis meses serão repetidas as avaliações.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.093
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3346-1512 Fax: (62)3346-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.079.014

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos do programa de atenção ao crônico nos níveis pressóricos e no manejo do tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve com clareza os riscos e os benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e muito bem desenhada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta todos os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa está muito bem desenhada e não há pendências ou inadequações do ponto de vista ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

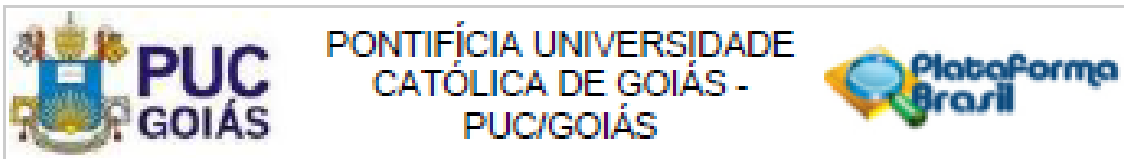
INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR APÓS APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pela Resolução CNS 466/12 e suas complementares, bem como garantir o seguimento fiel à proposta aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	31/07/2016		Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIÂNIA
 Telefone: (62)3246-1512 Fax: (62)3246-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.679.014

Básicas do Projeto	ETO_763160.pdf	09:39:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2016 09:30:57	Priscila Valverde de Oliveira Vitorino	Aceito
Outros	declaracao_coparticipante.jpg	31/07/2016 09:27:41	Priscila Valverde de Oliveira Vitorino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_karyne-versao1.pdf	31/07/2016 09:26:32	Priscila Valverde de Oliveira Vitorino	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/07/2016 09:21:54	Priscila Valverde de Oliveira Vitorino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 15 de Agosto de 2016

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (52)3246-1912 Fax: (52)3246-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO**. Meu nome é **KARYNE GLEYCE ZEMF OLIVEIRA**, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, mestranda na área da Enfermagem. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma e continuará sendo acompanhado no Programa de Atenção ao Crônico. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o (a) equipe de pesquisa **KARYNE GLEYCE ZEMF OLIVEIRA** ou com a orientadora da pesquisa Professor (a) **PRISCILA VALVERDE DE OLIVEIRA VITORINO** nos telefones: (99) 98131-7302 ou e-mails karyne_zemf@hotmail.com ou pvalverde@pucgoias.edu.br. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda a sexta-feira.

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que, por sua vez, é subordinada ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Informações sobre a pesquisa

Este termo está sendo aplicado por um membro da equipe de pesquisa de forma individual para você em um consultório da Unimed Imperatriz.

A Unimed Imperatriz está implementando uma atuação nova para pacientes que como você tem hipertensão arterial: o programa de atenção ao crônico. Dessa forma, essa pesquisa será realizada para avaliar os efeitos desse programa na sua pressão arterial

e nos seus cuidados referentes a medicação e hábitos de vida. Também avaliaremos a sua satisfação com esse programa. Com essa pesquisa, poderemos avaliar se a atuação está sendo efetiva e melhorar o seu atendimento e de outros pacientes com hipertensão arterial.

Ao entrar no programa, você fará uma avaliação inicial que consta de algumas perguntas sobre os seus hábitos de vida e sua saúde. Você também deverá fazer alguns exames de sangue para avaliar o açúcar e as gorduras no sangue. Se você tiver exames recentes, não precisará fazer novos. Você receberá ligações mensais da enfermeira, em horário adequado para você, visitas da equipe de saúde e também consultas médicas. Após seis meses você fará a mesma avaliação de quando entrou no programa.

Essa pesquisa envolve riscos pequenos, relacionados aos procedimentos de avaliação. A verificação da pressão arterial pode causar cianose e formigamento e a punção venosa para a realização dos exames pode causar hematomas e o risco de perfuração incorreta. Entretanto, os riscos serão minimizados com a realização desses procedimentos por equipe capacitada e treinada e acompanhamento individual dos participantes.

Como benefício poderemos adequar uma proposta de tratamento promovendo melhor cuidado da sua saúde e de pacientes que como você tenham pressão alta.

Caso você se sinta prejudicado ou tenha alguma despesa devido à sua participação na pesquisa, você poderá pedir indenização e/ou ressarcimento de despesas.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, dessa forma não haverá nenhum tipo de pagamento.

Após o encerramento do programa você continuará sendo acompanhado pela Unimed Imperatriz com a periodicidade necessária ou sempre que precisar.

O seu nome no questionário será substituído por um número no momento da análise dos dados. Você terá a sua identidade preservada.

Você tem a liberdade de não participar desta pesquisa sem qualquer prejuízo para você ou seu acompanhamento de saúde. Depois que responder a pesquisa, você também pode pedir a qualquer momento para que seus dados sejam retirados.

Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e serão publicados em revistas científicas e apresentados em congressos e eventos da área da saúde. Todos os materiais coletados serão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e depois queimados.

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declaram: que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a **(Karyne Gleyce Zemf Olivira – Mestranda)** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Imperatriz, ____, de _____, de 2016.

Assinatura do participante

___/___/___
Data

Assinatura do pesquisador

___/___/___
Data

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

APÊNDICE B

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO CRÔNICO NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL** de responsabilidade do pesquisador **KARYNE GLEYCE ZEMF OLIVEIRA** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

IMPERATRIZ, 09 de junho de 2016.

Dr. Antonio Dantas Silva Júnior
Vice Presidente
UNIMED IMPERATRIZ



ANTONIO DANTAS SILVA JÚNIOR

VICE-PRESIDENTE UNIMED IMPERATRIZ