



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 15, Issue, 02, pp. 67671-67677, February, 2025

<https://doi.org/10.37118/ijdr.29167.02.2025>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO HIPERTENSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

*Karyne Oliveira

Universidade Ceuma, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th December, 2024

Received in revised form

27th December, 2024

Accepted 06th January, 2025

Published online 27th February, 2025

Key Words:

Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar.

*Corresponding author: Karyne Oliveira,

ABSTRACT

Fundamento: 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 a realizar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Objetivo:** Verificar os efeitos de um programa de acompanhamento ao hipertenso no contexto de um serviço de saúde suplementar. **Método:** Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, realizado com pacientes que deram entrada no programa de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. A avaliação inicial e final constou de: coleta de dados pessoais, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares, cálculo do índice de massa corporal, medida da pressão arterial e da circunferência abdominal, teste Morinsky-Green, resultados de exames laboratoriais: LDL, HDL, glicemia de jejum, colesterol total e triglicerídeos. A intervenção teve duração de seis meses e consistiu de telemonitoramentos mensais, visitas domiciliares e reuniões em grupo. **Resultados:** Foram selecionados 36 participantes, dos quais 15 (41,7%) compuseram a amostra final. A idade média foi de 62,6±16,6 anos, 80% do sexo feminino. A média do índice de massa corporal foi de 29,1±5,2 Kg/m². Houve redução da PAS de 134±18,7 para 121,4±13,2 mmHg (p=0,01) e da PAD, de 78,8±11,6 para 72,1±7,8 mmHg (p=0,02), aumento na frequência de atividade física de 0,8 ± 0,28 para 1,7±0,4 vezes por semana (p=0,038) e a frequência de alta adesão medicamentosa aumentou de 46,7% para 93,3%. **Conclusão:** O programa avaliado propiciou melhora dos valores de PAS e PAD, elevou a frequência de atividade física e a adesão medicamentosa.

Copyright©2025, Karyne Oliveira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Karyne Oliveira. 2025. "Avaliação de um Programa de Atendimento ao Hipertenso na Saúde Suplementar". *International Journal of Development Research*, 15, (02), 67671-67677.

INTRODUCTION

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tem aumentado ao longo do tempo¹. Estima-se que, em 2030, 52 milhões de pessoas venham a óbito por DCNT, o que representa um problema de saúde associado a questões socioeconômicas, sobretudo em países de média e baixa renda^{1,2}. No Brasil, as DCNT respondem por 70% das causas de morte² que são consequência, entre outros fatores, da falta de prevenção e do aumento da expectativa de vida¹, atualmente de 75,8 anos (72,2 anos para homens e 79,4 para mulheres)³. Do grupo de DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são o principal causador de morte no mundo e no Brasil, responsáveis por 29,8% dos casos^{1,4}. 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)⁵. A HAS é definida por valores sustentados de ≥ 140 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e/ou ≥ 90 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), obtidos por meio da medida da pressão casual⁴. Essa condição crônica apresenta alta prevalência e baixa taxa de controle¹. O 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^{1,6}.

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, consequentemente, obter respostas mais assertivas para o combate dessas enfermidades, bem como preveni-la⁷. 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 finalidade de promover "[...] mudança do modelo assistencial no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde"⁹. O objetivo deste trabalho 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.

MÉTODOS

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 plano de saúde Unimed. Disponibiliza serviços de ambulatório, coleta

de exames e programas de medicina preventiva. 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 cooperativa¹⁰. 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 relacionada, e idade superior a 18 anos. O objetivo é promover o engajamento do beneficiário quanto ao cuidado de sua saúde.

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.

Critérios de inclusão e exclusão

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.

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

Recrutamento dos participantes: Todos os pacientes com HAS identificados no Centro de Promoção da Saúde Unimed Imperatriz 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).

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. 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. A medida da pressão arterial foi realizada através de aparelhos automáticos da marca G-TECK, calibrados e validados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO. 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.

Intervenção – Programa de Atendimento ao Hipertenso: A intervenção teve duração de seis meses e consistiu em telemonitoramento mensal dos pacientes, reuniões mensais em grupo e visitas periódicas da equipe multidisciplinar.

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. 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. No presente estudo, considerou-se somente a nota atribuída pelo participante ao programa, a qual variou de zero a dez.

Visitas domiciliares: 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.

Reuniões em grupo: Durante a avaliação inicial, o paciente foi convidado a participar de reuniões em grupo que abordavam diversos temas, 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).

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

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.

Aspectos éticos: Este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, conforme Parecer N° 1.679.014. Os preceitos da Resolução 466/12 foram rigorosamente seguidos e todos os participantes assinaram o TCLE antes de qualquer procedimento do estudo.

RESULTADOS

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

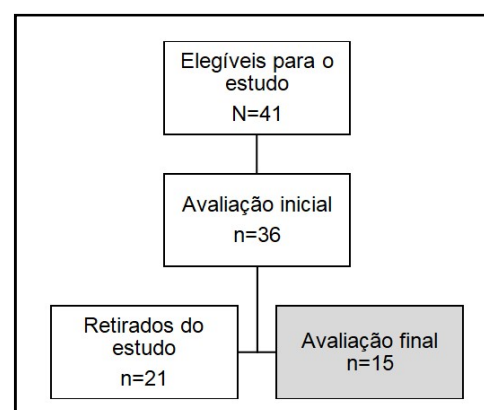


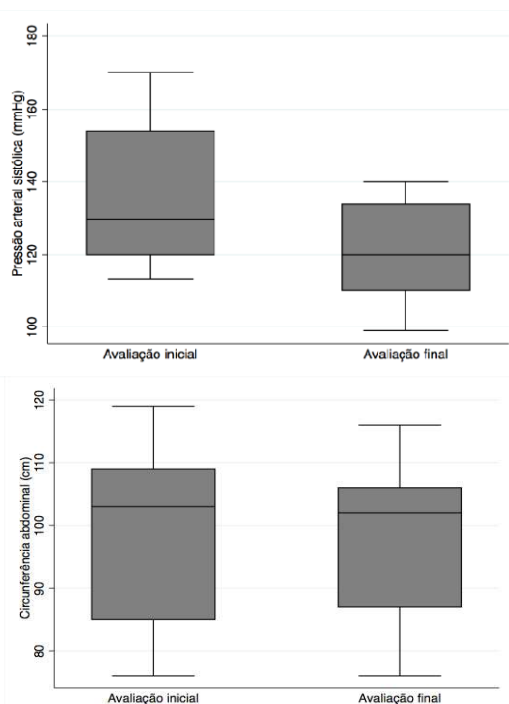
Figura 1. Participantes do Programa de Atendimento ao Hipertenso

Os participantes que completaram o programa tinham, em média, 62,6±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±5,2Kg/m². Houve redução da PAS da avaliação inicial, 134,5±18,7, para a avaliação final, 121,4±13,2, (p=0,01), tal como ocorreu com a PAD, que caiu de 78,8±11,6 para 72,1±7,8 (p=0,02). Os valores dos exames laboratoriais referentes a colesterol total (216,8±56,3 para 189,5, p=0,68); LDL (137,4±59,5 para 133,7±83,4, p=0,89); HDL (48,2±17,2 para 51,3±14,2, p=0,37), glicemia de jejum (121,0±40,6 para 111,7±31,5, p=0,31) e creatinina (0,83±0,3 para 0,87±0,40, p=0,24) não apresentaram alteração, assim como os valores de circunferência abdominal (98,1±13,8 para 97,7±12,6, p=0,68) e o índice de massa corporal (29,7±5,1 para 28,5±6,4, p=0,18) (FIGURA 2).



Teste t para amostras pareadas
*p<0,05

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

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 alcoólica 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 ± 0,28 para 1,7±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 ± 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 ± 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±2,2 para 3,2±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

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 PAS¹¹ quanto no valor da hemoglobina glicada de diabéticos¹². 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 prazo¹³.

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 convencional¹⁴. 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 3¹⁵. 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. 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 crescido¹⁶. Em janeiro de 2018, havia um total de 236,2 milhões de linhas móveis em operação¹⁷. 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 e reuniões em grupo como intervenção demonstrou redução da PAD e do peso corporal (KIM et al., 2020)¹⁸, da mesma forma que houve melhora do controle da pressão arterial mediante o envio de mensagens de texto^{11,19}.

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 cardiovasculares (ABEGAZ et al., 2017²⁰; BATISTA et al., 2022²¹; JESUS et al., 2016)²². As mulheres têm demonstrado maior

adesão ao tratamento medicamentoso²³, visto que buscam mais os serviços de saúde e possuem maior compreensão de seu estado de saúde²⁴. 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 adesão²³. 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)²⁴. 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)²⁵. 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 Brasil²⁶ 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 aeróbica (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)²⁷. 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)¹⁸. 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.

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. 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. Karyne Gleyce Zemf Oliveira,¹ Priscila Valverde de Oliveira Vitorino¹

REFERÊNCIAS

- WHO. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: 2014. p. 298.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- IBGE. Expectativa de vida era de 75,8 anos [internet]. Rio de Janeiro. [citado 2017 dez 20]. Acesso 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>.
- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.
- AVEZUM JÚNIOR, Á. et al. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. Arq Bras de Cardiol. 2014; 106 (2): pág. 1-31.
- MANCIA G et al. 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. 2013; 34 (28): pág. 2159-219.
- GLOBAL PERSPECTIVES IN HEALTH. Prevention and control of non-communicable diseases. Rússia: Encyclopedia of Life Support Systems(EOLSS); 2011. 07 p.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: 2011.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação das Operadoras 2017 – Ano Base 2016 [internet]. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>.
- UNIMED. DO BRASIL. Manual de Atenção Integral à Saúde do Sistema Unimed. São Paulo: 2013. v.1, p. 01.
- POWERS BJ et al. The Effect of a Hypertension Self-Management Intervention on the Unintended Targets of Diabetes and Cholesterol Control. Am J Med. 2009; 122 (7); pág. 639-46.
- DARRAT M. et al. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. Ir J Med Sci. 2017; 187: pág. 675-82.
- DANIALI S et al. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. ARYA Atheroscler. 2017; 13 (1): 20-8.
- SILVA TR 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. Sau e Soc. 2006; 15 (3): pág. 180-89.
- ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Telefonía fixa diminui 2,75% em 12 meses [internet]. Brasília: 2017. Disponível em: <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/331-brasil-tem-1-2-milhao-de-linhas-fixas-a-menos-em-2017>
- ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Brasil tem 236,2 milhões de linhas móveis em janeiro de 2018 [internet]. Brasília: 2018. Disponível em: <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/283-brasil-tem-236-2-milhoes-de-linhas-moveis-em-janeiro-de-2018>.
- KIM JK, et al. Effectiveness of a comprehensive blood pressure control program in primary health care in Peru. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44(18) 1-8.
- CIEMINS E et al. Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. Telemedicine and e-Health. 2017; 24 (3): 222-28.
- KIM JY, WINEINGER NE, STEINHUBL SR. The influence of wireless self-monitoring program on the relationship between patient activation and health behaviors, medication adherence, and blood pressure levels in hypertensive patients: a substudy of a randomized controlled trial. J of Med Int Research. 2016; 18(6): <https://doi.org/10.2196/jmir.5429>.
- ABEGAZ TM, SHEHAB A, GEBREYOHANNES EA, BHAGAVATHULA AS, ELNOUR AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017; 96(4):e5641.
- BATISTA GF, et al. Principais fatores que influenciam na adesão do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2022; 11 (1).
- JESUSNS, NOGUEIRA AR, PACHU CO, LUIZ RR, OLIVEIRA GMM. Adesão ao tratamento e Controle da Pressão Arterial após participação no ReHOT. Arq Bras de Card. 2016; 107: 437-45.
- MAGNABOSCO, P. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. Rev Lat-Am de Enfer. 2015; 23 (1): 20-7.
- HELENA ES, NEMES M, ELUF NETO J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial atendidas em unidades de saúde da família. Saúde Soc. 2010; 19 (3): 614-26.
- LIMA TDM, MEINERS MMMD A, SOLER O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará Amazônia, Brasil. Rev Pan-Am de Saú. 2010; 1 (2): 113-20.
- TURNER AP, SLOAN AP, KIVLAHAN DR, HASELKORN JK. Telephone counseling and home telehealth monitoring to improve medication adherence: results of a pilot trial among individuals with multiple sclerosis. Rehabil Psychol. 2014; 59(2):136-46.
- ABUGHOSH SM, WANG X, SERNA O, HENGES C, MASILAMANI S, ESSIEN EJ, CHUNG N, FLEMING M. A pharmacist telephone intervention to identify adherence barriers and improve adherence among nonadherent patients with comorbid hypertension and diabetes in a medicare advantage plan. J Manag Care Spec Pharm. 2016; 22(1):63-73.
- SIMERS. Crise resulta em cancelamento de planos de saúde e amplia colapso do SUS [internet]. Disponível em: <http://www.simers.org.br/2016/02/crise-resulta-em-cancelamento-de-planos-de-saude-e-amplia-colapso-do-sus/>.
- Monteiro, HL et al. Efetividade de um programa de exercícios no condicionamento físico, perfil metabólico e pressão arterial de pacientes hipertensos. RevBrade Med do Esp. 2007; 13 (2): 107-12.

LISTA DE REFERÊNCIAS ORGANIZADAS E NÃO CITADAS NO ARTIGO

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

- Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 21 set. 2017.
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Estratégia Saúde da Família (ESF). Brasília: 2013. Acesso em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Departamento de Assistência Farmacêutica. Programa farmácia popular. Brasília: 2013. Acesso em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Telefonia fixa diminui 2,75% em 12 meses [internet]. Brasília: 2017. Disponível em: <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/331-brasil-tem-1-2-milhao-de-linhas-fixas-a-menos-em-2017>
- Vigitel Brasil. Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [internet]. Brasília: 2017. Disponível em: http://bvsmis.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: 2017.
- ANATEL. Agência Nacional de Telecomunicações. Brasil tem 236,2 milhões de linhas móveis em janeiro de 2018 [internet]. Brasília: 2018. Disponível em: <http://www.anatel.gov.br/dados/destaque-1/283-brasil-tem-236-2-milhoes-de-linhas-moveis-em-janeiro-de-2018>.
- Sistema de Cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. HIPERDIA. Brasília: 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>.
- Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Academia da Saúde. Brasília: 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php
- Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável. Brasília: 2018. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_promocao_da_saude.php
- BUTLER D. Un targets top killers. *Nature*. 2011; 477: 260-61.
- CALHOUN D et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. *Circulation*. 2008; 117 (25): pág. e510-e526.
- CARMOJTD, PUEYO AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev. Bras de Med*. 2002; 59 (1/2): pág. 73-80.
- CIEMINSE et al. Improving Blood Pressure Control Using Smart Technology. *Telemedicine and e-Health*. 2017; 24 (3): 222-28.
- CORNELISSENA, SMART NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J of the Am Heart Association*. 2013; 2 (1): pág. e004473.
- DANAIEG 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*. 2011; 377 (9765): pág. 568-77.
- DANIALISSE et al. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA Atheroscler*. 2017; 13 (1): 20-8.
- DARRATM et al. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. *Ir J Med Sci*. 2017; 187: pág. 675-82.
- DASKALOPOULOUSS 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*. 2012; 28 (3): 270-87.
- DI CASTELNUOVOA et al. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of internal medicine*. 2006; 166 (22): 2437-45.
- DIMEOF et al. Aerobic Exercise Reduces Blood Pressure in Resistant Hypertension: Novelty and Significance. *Hypertension*. 2012; 60 (3): pág. 653-58.
- DUNCANBB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; (46) 1: pág. 126-34.
- DUSEKJA et al. Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: a randomized trial. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2008; 14 (2): pág. 129-38.
- ECKELRH et al. Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J of the Am College of Cardiology*. 2014; 63 (25): pág. 2960-84.
- EWINGJA, ROUSE BA. Identifying the hidden alcoholic. *Proceedings of the 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*. n. Australia, 1970.
- FALUDIA et al. Atualização da Diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. In: *CARDIOLOGIA*. Rio de Janeiro: 2017.
- FAN AZ et al. Drinking pattern and blood pressure among non-hypertensive current drinkers: findings from 1999–2004 National Health and Nutrition Examination Survey. *Clinical epidemiology*. 2013; 5: pág. 21-7.
- FRISOLI TM et al. Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J*. 2011; 32 (24): 3081-7.
- GARRIDOJ et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chilena de Card*. 2013; 32 (2): pág. 85-96.
- GOLBERTA et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: 2017. p. ISBN 978-85-93746-02-4.
- GUSMÃOJLD et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16 (1): pág. 38-43.
- GUSMÃOJLD, MION JR D. Adesão ao tratamento—conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13 (1): pág. 23-5.
- HEF J, LI J, MACGREGOR GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Bmj*. 2013; 346: pág. f1325.
- HELENAES, NEMES M, ELUF NETO J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial atendidas em unidades de saúde da família. *Saúde Soc*. 2010; 19 (3): 614-26.
- HERRODPJ et al. Exercise and other non-pharmacological strategies to reduce blood pressure in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J of the Am Soc of Hypertens*. 2018; 12 (4): 248-67.
- HILL M, MILLER N. Adherence to antihypertensive therapy. *Hypertension Primer*. 3ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- HUANGG et al. Controlled aerobic exercise training reduces resting blood pressure in sedentary older adults. *Blood pressure*. 2013; 22 (6): pág. 386-94.
- IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [internet]. Rio de Janeiro. [citado 2018 mar 14].
- INGLISSC 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. *Eur. J. Heart. Fail*. 2011; 13 (9): 1028-40.
- KNOEPLI-LENZINC 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*. 2010; 20 (1): pág. 72-79.

- LAMPTEYP et al. Evaluation of a community-based hypertension improvement program (ComHIP) in Ghana: data from a baseline survey. *BMC public health*. 2017; 17 (1): pág. 368.
- LEITESN, VASCONCELLOSMDPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciê & Sau Col*. 2003; 8: pág. 775-82.
- LIMAS, GAIA M, FERREIRA A. A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. *Sau Col em Deb*. 2012; 2(1): pág. 30-29.
- LIMATDM, MEINERS MMMD A, SOLER O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Am de Saú*. 2010; 1 (2): pág. 113-20.
- MALACHIASMVB et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016; 3(3).
- MANSOURSN, MONTEIRO CN, LUIZ ODC. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epide Serv de Sal*. 2016; 25: pág. 647-54.
- MARINHOFMS, LOPES HF, TORRES A. Efeito de uma intervenção multidisciplinar educacional em grupo no estresse de pacientes hipertensos. *Rev da SBPH*. 2017; 20 (2): pág. 04-24.
- MASURJ, MONTEIRO, M. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Rev BrasPesMed. eBio*. 1983; 16 (3): pág. 215-18.
- MORISKYDE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986; p. 67-74.
- MOURAAA et al. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Enfer Glob*. 2016; 43: 14.
- O'DONNELLM et al. Urinary sodium and potassium excretion, mortality, and cardiovascular events. *New England Journal of Medicine*. 2014; 371 (7): pág. 612-23.
- OLIVEIRAKRDD, LIBERAL MMCD, ZUCCHI, P. Aplicação de recursos em medicina preventiva no sistema de saúde complementar. *Gestão e Economia em saúde*: 2015.
- PIETROBONRC, BARBISAN JN, MANFROI WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Rev. HCPA*. 2007; 27 (3): pág. 31-6.
- QUÉTELET AA. *Antropométrie ou mesure des différentes facultés de l'homme*. Bruxelles: 1870.
- ROCHATPO et al. Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos. *Int J of Cardiovasc Sc*. 2015; 28 (2): 122-29.
- SANTA HELENAETD, NEMESMIB, ELUF-NETO J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev de Saú Públic*. 2008; 42: pág. 764-67.
- SILVATLNet et al. Cardiovascular mortality among a cohort of hypertensive and normotensives in Rio de Janeiro-Brazil-1991–2009. *BMC public health*. 2015; 15 (1): pág. 623.
- STRELECM, PIERIN AM, MION JÚNIORD. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81 (4): pág. 349-54.
- TOMIAKE et al. Prevention of cardiovascular disease in a rural general practice. *Ann Agric Environ Med*. 2016; 23 (4): pág. 553-58.
- World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: 2000. p. 256.
- _____. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: 2009. p. 70
- XIB et al. Relationship of alcohol consumption to all-cause, cardiovascular, and cancer-related mortality in US adults. *Jou of the Ame Colleg of Card*. 2017; 70 (8): pág. 913-22.
- ZANINI CRDO et al. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. *Arq. Bras. Cardiol*. 2009; 93 (5): pág. 524-9.
