

UNIVERSIDADE ANHANGUERA-UNIDERP REDE DE ENSINO LUIZ FLÁVIO GOMES

PERFIL DE SAÚDE: FERRAMENTA PARA PROGRAMA DE MONITORAMENTO TELEFÔNICO EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE

Nome do Aluno: INDAYANNA TEIXEIRA DE PAULA

Orientador: ALBA VALERIA EIRA FLEURY

RESUMO

A Hipertensão Arterial é responsável por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, especialmente em pacientes com fatores de risco associados. OBJETIVO: Apresentar resultados do perfilamento de saúde dos clientes eleitos para programa de monitoramento telefônico de um Plano de Saúde. MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, utilizando dados do questionário de qualificação para ingresso no Programa. Amostra foi de 218 clientes. RESULTADOS: Identificamos fatores de risco e hábitos danosos a HAS: IMC elevado 68,8%, alcoolismo 45,5%, sedentarismo 55,5%, tabagismo 34,4%. Positivamente, temos 85,8% clientes acompanhados, pressão arterial controlada 73,9% e baixas taxas de utilizações em pronto socorro e internações. CONCLUSÃO: Os hábitos supracitados são modificáveis pela conscientização e mudança do estilo de vida. Assim, percebe-se a necessidade de focar no estímulo ao autocuidado e acompanhar as morbidades associadas à patologia. Faz-se necessárias novas análises durante o acompanhamento, para mensurar resultados em saúde e qualificar o Programa.

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Hipertensão, Monitoramento Telefônico.

ABSTRACT

Hypertension is responsible for cardiovascular and cerebrovascular complications, especially in patients with associated risk factors. OBJECTIVE: To present results of profiling clients' health monitoring program elected to telephone a Health Plan. METHOD: This is a descriptive study, transverse character, using data of the survey to qualify for joining the program. Sample was 218 customers. RESULTS: We identified risk factors and harmful habits hypertension: high BMI 68.8%, alcohol 45.5%, 55.5% sedentary lifestyle, smoking 34.4%. Positively, we have clients

accompanied by 85.8%, 73.9% controlled blood pressure and low rates of use in emergency room and hospitalizations. CONCLUSION: The above habits can be modified by the awareness and change of lifestyle. Therefore, we perceive the need to focus in encouraging self-care and follow the morbidities associated with pathology. It's necessary for new analysis during follow-up to measure health results and qualify the Program.

Keywords: Health Plan, Hypertension, Monitoring to telephone.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças de fatores de riscos comuns e demandam por assistências continuadas de serviços e custos progressivos ao momento que se cronificam, exemplificando a Hipertensão Arterial, o Diabetes, o Câncer, dentre outras. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (WHO, 2005). No Brasil as DCNT seguem padrão semelhante, e em 2007 estas foram a principal causa de óbito, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%) e as neoplasias (15,4%). (BRASIL, 2010).

Boa parte das complicações/morbididades apresentadas provém das patologias de bases do pacientes, especialmente da Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Dessa forma, o Ministério da Saúde implantou a pesquisa Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) em 2006, realizada em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, para fins de monitoramento dos principais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. No levantamento em 2010, a população adulta das 27 cidades estudadas, apresentou a frequência de diagnóstico de hipertensão arterial de 23,3%, sendo maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). (BRASIL,2011).

Com isso, ressaltamos a importância de ações voltadas para o controle das DCNT que a cada dia estão mais incidentes no país e atingindo cada vez mais jovens a fim de favorecer o Envelhecimento Ativo.

O envelhecimento populacional é um fator a ser analisado, pois tendência o aparecimento de DCNT e da cronificação das mesmas. No estudo titulado “Uma abordagem demográfica para estimar o padrão histórico e os níveis de subnumeração de pessoas nos censos demográficos e contagens da população”, que traz ainda a projeção da população do Brasil, por sexo e idade para o período 1980 – 2050, o IBGE descreve que as taxas de crescimento correspondentes às crianças mostram que este segmento vem diminuindo em valor absoluto desde o período 1990 – 2000. Em contrapartida, os brasileiros com 65 anos ou mais, são as

mais elevadas, podendo superar os 4% ao ano entre 2025 e 2030. Em 2008, enquanto as crianças de 0 a 14 anos correspondem a 26,47% da população total, a massa populacional com 65 anos ou mais representa 6,53%. Em 2050, a situação muda e o primeiro grupo representará 13,15%, ao passo que a população idosa ultrapassará os 22,71% da população total.

Em 2008, a média de vida para mulheres chega a 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2008 (período 2005-2010), em 67,2 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 75,40 anos.

Desta forma cada vez mais os Planos de Saúde tornam-se responsáveis pela saúde dos seus usuários. Dar-se assim o cuidado de ver o paciente como um ser de necessidades ampliadas e que seu atendimento deve contemplar diversas especialidades, acesso a exames e procedimentos de alto custo e tudo que o plano venha a oferecer. Porém, por muito tempo foi abolido neste setor as ações preventivas, a busca pela qualidade de vida, redução de riscos, prevenção de doenças crônicas e agravos, ou seja, o Sistema Privado se manteve por muito tempo voltado exclusivamente para ações curativas e hospitalocêntricas. Para Miranda (2003,p.10) a “ausência de doença não é sinônimo de saúde e a presença de saúde não significa a eliminação da doença. Um modelo mais próximo do ideal engloba de forma integrada, mas diversa , a coexistência de dos tipos de sistema: um voltado para doença e outro voltado para a saúde”. Observamos que esta mudança de pensamento faz com que ocorra a adequação de modelo de assistência que atendam a esta demanda.

Daí, a necessidade de inserirmos cada vez mais a saúde preventiva como estratégia de redução de ônus no cuidado à saúde, mesmo que em longo prazo, sendo uma forma de intervenção de baixo custo, proporcionando a estabilização e/ou tardiamento de instalação de doenças crônicas e seus agravos, diminuindo a necessidade de procedimento de altos custos.

Assim, percebemos o movimento de algumas Operadoras de os Planos de Saúde impulsionadas por seu órgão regulador, a Agência Nacional de

Saúde Suplementar – ANS em oferecerem produtos com as características preventivas e promotoras de Saúde a seus usuários.

Diante da realidade apresentada, ressaltamos a importância em conhecer o perfil de saúde dos clientes assistidos pelo Programa de Saúde Preventiva, o que viabilizará uma melhor intervenção com foco no incentivo ao autocuidado e melhoria de qualidade de vida, pois trabalharemos a mudança de hábitos de vida do mesmo, já que a patologia uma vez instalada nos dá apenas opção de estabilizá-la e dirimir suas complicações.

Dentre os cuidados oferecidos aos Portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), temos a etapa de Educação em saúde, na qual oferecemos por meio de orientações, incentivo ao autocuidado, avaliação das medidas antropométricas, acompanhamentos dos resultados de exames, um atendimento integral ao doente crônico. Para que isso seja feito com qualidade é necessário conhecer os hábitos de vida da população atendida. A pesquisa em questão apresentará os resultados do perfilamento de saúde dos clientes eleitos para participar de um programa de prevenção secundária de uma operadora de Plano de Saúde e ressaltará a importância desta etapa para melhor intervenção em saúde.

O interesse pelo estudo surgiu pela empatia com o tema e experiência profissional vivenciada desde a implantação dos Programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças da Instituição, a mais de quatro anos e destes, desde março de 2009, a frente da coordenação do Programa de Monitoramento Telefônico. Este serviço já atende diabéticos desde sua implantação e a partir de junho de 2011, passou a acompanhar também dos hipertensos.

2. OBJETIVO

Geral:

- Conhecer o perfil de saúde dos clientes assistidos por Programa de Monitoramento Telefônico para portadores de hipertensão.

Específicos:

- Identificar os principais hábitos de vida e complicações da saúde dos hipertensos que interferem no acompanhamento durante a fase de monitoramento;
- Descrever a experiência da Instituição com o programa de monitoramento telefônico de portadores de Hipertensão Arterial.

3. METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa/Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, utilizando dados secundários com instrumento de coleta de dados gerado pelo questionário de qualificação para ingresso no Programa de Monitoramento Telefônico da Operadora.

Local do Estudo/ Período da coleta

O local selecionado para a realização da pesquisa é uma Operadora de Plano de saúde que atende especialmente funcionários de um Banco Público, de empresas coligadas e seus dependentes. Essa operadora possui uma área que coordena os Programas de Promoção à saúde e Prevenção de Doenças. Destes, estudaremos o Programa de nível secundário de atenção que por meio de ligações telefônicas oferece acompanhamento aos portadores de Diabetes Mellitus desde 2009 e desde junho de 2011 aos hipertensos.

A coleta de dados foi realizada no período de Outubro e Novembro de 2011. Os dados foram coletados do *software* utilizado pela operadora, o qual apresenta o protocolo de monitoramento de Hipertensos que é utilizado pela empresa, sendo nele armazenado todas as informações obtidas durante cada contato com o beneficiário. Nesse programa foram obtidos os dados referentes às variáveis que serão discutidas.

População e Amostra

A população do estudo foi escolhida com base em pacientes hipertensos que ingressaram no Programa de Monitoramento Telefônico da instituição no período de junho e junho de 2011. A amostra é constituída por 218 clientes.

Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma planilha de dados, para compilar os dados extraídos dos questionários avaliados, chamado de Inquérito para Hipertensão, que contém dados sobre: tempo de doenças, tabagismo, etilismo, tratamento, alimentação, prática de atividade física, patologias associadas, complicações, utilização de pronto-socorro, internações, acompanhamento de especialistas e outros.

Propostas de análise de resultados

Foi utilizada planilha do Excel 2007, na qual registramos os dados obtidos. Após esse momento, realizamos uma análise de acordo com cada variável.

Aspectos Éticos e Legais da pesquisa

Esse estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 que trata das pesquisas com seres humanos, na qual determina que se tenha consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia); que haja ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); garantia de que danos previsíveis sejam evitados (não-meleficência) e que seja certificado a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma patologia crônica que se apresenta quando os valores de pressão arterial estão elevados e assim se mantem. Tendo por algumas de suas causas a hereditariedade, idade, obesidade, e estilo de vida, este é fator de risco comum e potencialmente modificável como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo, etilismo e uso de cigarro, comum as demais patologias crônicas como: Diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia por exemplo.

A HAS é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas, especialmente em pacientes hipertensos com terapia anti-hipertensiva inadequada e fatores de risco associados. Dados estatísticos apresentados no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* apontam que cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam HAS associada. (BRASIL,2002).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras e a inatividade física (WHO, 2005).

Portanto, ressaltamos a importância em se conhecer os fatores de risco e hábitos da população acompanhada.

“O conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente as referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico (como, por exemplo, taxa de prevalência de hipertensão arterial). O uso regular desses dados, por serviços e instituições acadêmicas da área de

saúde, contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas”. (ROESE et al, 2011).

Esta intenção é reforçada no relatório apresentado pela Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes do MS:

“Esses registros são aplicativos eletrônicos utilizados para capturar, gerenciar e fornecer informações sobre uma condição de saúde específica; oferecem um suporte importante e fundamental para a gestão do cuidado de pacientes com uma doença crônica. Podem ser utilizados de diversas maneiras e objetivos, tais como: (1) gerar relatórios de monitoramento de resultados clínicos (gestão clínica) para médicos e profissionais da equipe sobre parâmetros e desfechos clínicos do paciente (2) fornecer relatórios que identificam pacientes que não estão recebendo atendimento de acordo com diretrizes clínicas ou que permanecem fora da meta estipulada (3) criar lembretes para determinados pacientes que possibilitem uma busca ativa para melhor gestão do cuidado (4) criar listas de pacientes de "alto risco" que requerem uma gestão mais intensiva (gestão do caso)”. (BRASIL, jan,2011).

Sendo assim, acreditamos que a Equipe responsável pelo acompanhamento deve ter cada vez mais conhecimento sobre o perfil do público/cliente assistidos, em diversas especificidades: Sexo, idade, hábitos, nível sócio-econômico, complicações para juntamente com o mesmo traçar metas ideais de resultados, favorecendo um ambiente de confiança e de sucesso.

4.2. PROGRAMA PREVPHONE

O Prevfone é um programa de prevenção secundária, que tem como objetivo principal monitorar, por meio de contatos telefônicos, os clientes portadores de hipertensão e diabetes que tem o convênio com a Operadora de Plano de Saúde. Este ainda objetiva-se a incentivar o autocuidado, orientar quanto a hábitos saudáveis, fidelizar o cliente ao médico de referência, acompanhar periodicamente a saúde do cliente, com envios sistemáticos de exames laboratoriais e estreitar o relacionamento com o cliente prezando pela excelência no atendimento.

A equipe de trabalho é formada por 13 acadêmicos de enfermagem coordenados por enfermeiro com suporte de equipe multidisciplinar: Médico, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional.

As etapas do programa são: Estratificação que é o rastreio dos clientes elegíveis, por meio de avaliação sobre sua utilização no plano cruzando parâmetros como sexo e idade. Posteriormente vem a etapa de Qualificação destes dados que consiste na aplicação de um perfil de saúde onde se questiona o tempo de doença, complicações, patologias associadas, hábitos de vida, históricos familiares, acompanhamento médico e outros. E ao confirmar a patologia é oferecido o monitoramento adequado que é um plano de cuidado continuado, por um período de 12 meses, onde o cliente receberá ligações mensais ou a cada 45 dias, momento onde é abordado o cuidado com a saúde, controle de resultados e taxas (Pressão arterial, glicemia, circunferência abdominal, peso, IMC), solicitação e acompanhamento de resultados de exames laboratoriais e incentivo ao vínculo com médico.

Em paralelo ao contato telefônico, é enviado material educativo eletrônico ou por correio com intuito de materializar as orientações repassadas.

O Programa já existe desde 2009, quando iniciou com os cuidados aos portadores de Diabetes e desde 2011 foi estendido aos hipertensos. A atuação é em todo território nacional com foco nos clientes com idade superior ou igual a 20 anos podendo ser titular ou dependente do plano de saúde.

O Programa já atende cerca de 1.218 clientes, sendo 854 diabéticos e 364 hipertensos (Dados de Fevereiro de 2012). As expectativas para este ano é de atingir a meta de 1.300 assistidos.

5. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Foram avaliados 218 beneficiários incluídos no programa nos meses de junho e julho de 2011 de ambos os sexos. A amostra foi constituída de 46,73% do sexo feminino e 53,27% do sexo masculino. A média de idade da população foi de 61 anos, sendo 65 para as mulheres e 58 para os homens.

Os dados referentes ao peso estão apresentados na tabela 01. Optamos por apresentar o valor do Índice de massa corpórea (IMC).

Tabela 01 – Perfil dos participantes quanto ao IMC.

VALOR DE REFERÊNCIA DE IMC (kg/m²)	N	%
BAIXO PESO	-	-
PESO NORMAL	41	18,8
SOBREPESO	97	44,5
OBESIDADE GRAU I	34	15,6
OBESIDADE GRAU II	14	6,4
OBESIDADE GRAU III	5	2,3
NÃO SOUBE INFORMAR	27	12,4

Destaca-se a predominância do sobrepeso entre os assistidos (44,5%), além de 24,3% da população com obesidade, sendo destes 2,3% com obesidade mórbida. Este dado é preocupante, pois a obesidade e o sobrepeso são fatores de riscos importantes para a hipertensão arterial.

Quando questionados sobre o tempo de doença e último valor da aferição da pressão arterial (TAB.02), observa-se que a maior parte da amostra tem mais de 10 anos de doença e quando comparamos com os valores da PA percebemos que neste grupo a PA se mantém principalmente em valores normais e limítrofes, característica visto no grupo geral, no qual 73,9% relata ter pressão nestes padrões. Ressaltamos ainda, que 5,9% diz não saber o valor da última PA ou não tem o hábito de aferi-la. Este dado é importante para que durante o acompanhamento

trabalhemos junto ao cliente sobre a monitorização da pressão arterial, focando o cliente que não tem este hábito.

Tabela 02 – Tempo de doença e valor da última aferição da Pressão Arterial.

	TEMPO DE DOENÇA				
	< 1 ANO	1 – 5 ANOS	5 - 10 ANOS	>10 ANOS	TOTAL
N	13	74	44	87	218
%	6,0	33,9	20,2	39,9	100
PA Normal (PS <130 e PD <85)	4	50	28	52	134
	30,8%	67,6%	63,6%	59,8%	61,5%
PA Limítrofe (PS 130-139 e PD 85-89)	1	8	2	16	27
	7,7 %	10,8%	4,5%	18,4%	12,4%
Hipertensão Estágio I (PS 140-159 e PD 90-99)	5	9	7	10	31
	38,5%	12,2%	15,9%	11,5%	14,2%
Hipertensão Estágio II (PS 160-179 e PD 100-109)	-	2	-	4	6
	-	2,7%	-	4,6%	2,7%
Hipertensão Estágio III (PS >= 180 e PD >=110)	2	-	-	2	4
	15,4%	-	-	2,3%	1,8%
Isolada (PS >= 140 e PD < 90)	-	1	-	2	3
	-	15,4%	-	2,3%	1,4%
NS	1	4	7	1	13
	7,7%	5,4%	15,9%	1,1%	5,9%

Sobre o acompanhamento médico, 85,8% diz ter suporte contínuo de profissional em consultório e destes 77,5% são atendidos regularmente por cardiologistas. Este dado é animador, pois durante o programa incentivamos a fidelização a um médico de referência e sugerimos que este seja o cardiologista, porém percebemos na prática que muitos dos clientes são acompanhados pelo geriatra, clínico ou mesmo endocrinologista.

Tabela 03 – Autocuidado : Dieta saudável, atividade física e acompanhamento médico em consultório

HÁBITOS SAUDÁVEIS	N	%	F	%	M	%
Dieta saudável	151	69,3%	75	72,1%	76	66,7%
Prática de atividade física regular	97	44,5%	38	36,5%	59	51,8%
Acompanhamento em consultório	187	85,8%	95	91,3%	92	80,7%
Acompanhamento por cardiologista	169	77,5%	84	80,8%	85	74,6%

Falando ainda sobre o autocuidado, detectamos que 44,5% diz praticar atividade física pelo menos 03 vezes na semana, sendo mais incidente nos pacientes do sexo masculino. Quanto à alimentação, 69,3% relata ter dieta saudável, e ao contrário da atividade física a predominância foi para o sexo feminino.

É válido citar que o sedentário tem aproximadamente 30% a mais de risco de desenvolver a patologias cardiovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 04 – Intercorrências: Pronto socorro e internações

INTERCORRÊNCIAS E USO DE MEDICAMENTOS	TOTAL		SEXO			
	N	%	F	%	M	%
Uso de três ou mais medicamentos para controle da Hipertensão arterial	14	6,4%	6	5,8%	8	7,0%
Atendimento em PS nos últimos 12 meses por pressão alta	23	10,6%	15	14,4%	8	7,0%
Internação nos últimos 12 meses por pressão alta	3	1,4%	1	1,0%	2	1,8%

Quanto questionados sobre a utilização de pronto socorro e internações, percebemos que a incidência foi muito baixa. Acreditamos que isso ocorra por termos um público, em sua maioria, com Pressão arterial controlada e fidelizada a algum profissional médico, o que reduz a necessidade de buscar atendimento mais especializado.

A história familiar de hipertensão é um importante fator de risco para o desenvolvimento da mesma, sendo as chances maiores quando o mesmo é filho de pais hipertensos. Daí a importância de rastrear e acompanhar os casos iniciais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Observou-se que 79,4% tem antecedentes familiares de HAS e 41,7% tem familiares diabéticos. Este dado é interessante, pois podemos questionar se o familiar tem o convênio para assim oferecer o programa de monitoramento, além de nos anteceder sobre os cuidados com os índices glicêmicos, por meio de orientação nutricional, incentivo a atividade física e acompanhamento laboratorial.

Tabela 05 – Complicações e história familiar.

COMPLICAÇÕES E HISTÓRIA NA FAMÍLIA VARIÁVEL	TOTAL		SEXO			
	N	%	F	%	M	%
História de Hipertensão na família	173	79,4%	87	83,7%	86	75,4%
História de Diabetes na família	91	41,7%	49	47,1%	42	36,8%
História de Problema de Coração (Doença cardiovascular)	64	29,4%	33	31,7%	31	27,2%
História de AVC (Doença cerebrovascular)	26	11,9%	15	14,4%	11	9,6%
História de Dislipidemia	146	67,0%	69	66,3%	77	67,5%
História de Problemas renais	20	9,2%	11	10,6%	9	7,9%
História de Tabagismo	75	34,4%	26	25,0%	49	43,0%
História de Alcoolismo	99	45,4%	20	19,2%	79	69,3%

Sobre o hábitos de ingerir bebidas alcólicas, 45,4% dos avaliados responderam positivamente. Destes, 69,3% são do sexo masculino. Dado, bem parecido com o do tabagismo, onde a predominância também é masculina. O uso de uma quantidade maior de álcool eleva a PA e está associada a maiores chance de aparecimento de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante das complicações apresentadas, percebemos o alto índice de dislipidemia em nossa clientela, chegando a 67,0% com achados bem parecidos para ambos os sexos. Acreditamos que os valores elevados de IMC sejam determinantes para esta condição.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, identificamos nos clientes assistidos pela Operadora de Plano de Saúde, a existência de fatores de risco e hábitos danosos ao controle da Hipertensão Arterial, sendo: IMC acima do normal 68,8 %, histórico familiar de hipertensão 74,9%, alcoolismo 45,5%, sedentarismo 55,5%, tabagismo 34,4%.

Sobre as doenças associadas e complicações, registramos: Dislipidemia em 67,0%, Problemas renais 9,2%, Histórico de AVC 11,9% e Doenças Cardiovasculares 29,4%.

Positivamente, observamos a elevada taxa de clientes acompanhadas em consultório 85,8%, índices pressóricos controlados em 73,9%, baixo índice de internação 1,4% e idas a pronto socorro 10,4% por problemas relacionados a Hipertensão.

Vale ressaltar que os hábitos supracitados, são modificáveis através da conscientização e mudança do estilo de vida da população assistidas por este Programa de Prevenção. Assim, percebe-se a necessidade de focar o monitoramento em orientações que estimulem o autocuidado, especialmente sobre alimentação saudável, estímulo à prática de atividade física regular, controle do consumo álcool, importância da monitoração da pressão arterial e do tratamento medicamentoso. Além de acompanhar as complicações e morbidades associadas a patologia, por meio de exames de rotina e busca precoce a especialistas quando necessário.

O estudo visa contribuir como ferramenta para gestores de saúde da operadora, gerando informações a respeito dos clientes assistidos no Programa de monitoramento telefônico da Instituição. Faz-se necessário sistematizarmos a análise dos resultados de saúde desta carteira, comparando estes achados iniciais com os do decorrer do monitoramento, a fim de mensurar a qualidade de vida dos beneficiários e ajustar as demais etapas do acompanhamento.

7. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: **informação e documentação: citações em documentos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **informação e documentação – referências – elaboração**. Rio de Janeiro, 2002. 24 p. Disponível em: <http://www.unb.br/ciord/informacoes/defesa/abnt_nbr6023_2002_referencia.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Morbidade Auto referida segundo o VIGITEL, 2009 / Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010**. Brasília, Jan/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exesim/cnv/obtuf.def>> Acesso em: 01 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59.

IBGE, **Projeção populacional do Brasil - IBGE aponta o envelhecimento da população em ritmo acelerado**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. BRASÍLIA, 2008. Acesso em: 01 de outubro de 2011.

MIRANDA, Cláudio da Rocha. **Gerenciamento de Custos em Planos de Saúde. Projeto ANS/PNUD**. Rio de Janeiro, 2003.

ROESE, Adriana et al. **Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil**, Rev. de APS, Juiz de Fora, v. 14, n.1, p. 75-84; jan/ma. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **IV Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, Nefrologia e Cardiologia**, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO**, 2010.

WHO. World Health Organization. **Preventing Chronic Diseases a vital investment.** Geneva, 2005.

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para todos os fins de direito e que se fizerem necessários, que isento completamente a Universidade Anhanguera-Uniderp, a Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes e o professor orientador de toda e qualquer responsabilidade pelo conteúdo e idéias expressas no presente Trabalho de Conclusão de Curso.

Estou ciente de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio comprovado.

Fortaleza, 07 de março de 2012.