

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Camilla de Paiva Silva Ferreira

**PROPOSTA DE MONITORAMENTO DO CUIDADO DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ANTÔNIO DIAS, OURO PRETO/MG.**

OURO PRETO

2023

CAMILLA DE PAIVA SILVA FERREIRA

**PROPOSTA DE MONITORAMENTO DO CUIDADO DE PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
ANTÔNIO DIAS, OURO PRETO/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientadora: Dra Elaine Leandro Machado

Ouro Preto

2023

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

F383p Ferreira, Camilla de Paiva Silva.

Proposta de monitoramento do cuidado de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, Ouro Preto/MG. [manuscrito] / Camilla de Paiva Silva Ferreira. - 2023.
36 f.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Leandro Machado.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina. Graduação em Medicina .

1. Hipertensão. 2. Monitoramento. 3. Grupos Operativos. I. Machado, Elaine Leandro. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 616.12-008.33(815.1)

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Camilla de Paiva Silva Ferreira

Proposta de monitoramento do cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, Ouro Preto/MG

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 10 de fevereiro de 2023.

Membros da banca

Doutora - Profa. Elaine Leandro Machado - Orientadora - Universidade Federal de Minas Gerais

Doutor - Prof. Leonardo Cançado Monteiro Savassi - Universidade Federal de Ouro Preto

Médica Especialista - Erica Soares de Oliveira - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Profa. Elaine Leandro Machado, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 21 de março de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 15/05/2023, às 12:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0499031** e o código CRC **49459B74**.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me fortalece e me dá sabedoria para viver minha vocação.

À minha família, em especial ao meu marido Samuel que está comigo no dia a dia e me acompanhou no desenvolvimento deste trabalho e aos meus pais que me deram apoio e sempre incentivaram a educação.

Aos colegas de residência que fizeram parte dessa caminhada.

À querida Elaine que me orientou com toda paciência e carinho.

À equipe de Unidade Básica de Saúde Antônio Dias pela parceria e trabalho desenvolvido no ano de 2022, especialmente o Dr Ruan, meu preceptor e amigo, que me deu tanto apoio nesse trabalho comunitário.

Aos pacientes do grupo de ginástica do bairro Antônio Dias, por fazerem parte desse trabalho e sempre me acolherem

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível na qual os níveis pressóricos encontram-se acima dos limites da normalidade, repercutindo em lesões de órgãos alvo e aumento da mortalidade cardiovascular. No Brasil, as equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) são responsáveis por realizar o monitoramento das pessoas com HAS. **JUSTIFICATIVA:** Muitas equipes da APS no Brasil têm utilizado abordagem comunitária no acompanhamento de pessoas com HAS. No entanto, não há um cronograma que oriente as atividades e integre o monitoramento com base nos indicadores de qualidade. **OBJETIVO:** Elaborar uma proposta de monitoramento do cuidado de pessoas com HAS a partir da técnica de grupo operativo na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias (UBS), Ouro Preto/MG. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão de literatura para listar os principais indicadores do monitoramento da HAS. Então, iniciou-se o acompanhamento do grupo de promoção à saúde da UBS Antônio Dias, sendo estimada a porcentagem de pacientes monitorados conforme os indicadores de qualidade da HAS. Então, foi proposto um cronograma de ações através da técnica de grupo operativo. **RESULTADOS:** Foram elencados os seguintes indicadores: análise do risco cardiovascular, avaliação de outros fatores de risco, uso de estatina, avaliação de comorbidades, avaliação da oferta de apoio e tratamento para as comorbidades, revisão laboratorial e eletrocardiograma anuais, feedback do controle dos níveis de pressão arterial, avaliação antropométrica e fundoscopia. Durante o acompanhamento do grupo de promoção à saúde da UBS Antônio Dias, foi verificado que a maioria dos indicadores não foram contemplados. **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:** Foi elaborado um cronograma de ações interdisciplinares no formato de grupo operativo com base nos indicadores de monitoramento da pessoas com HAS, com encontros mensais. **CONCLUSÃO:** A implementação de grupos operativos interdisciplinares para acompanhamento de pessoas com HAS que atenda os principais indicadores de monitoramento pode ser utilizada para melhorar a efetividade do cuidado na APS.

PALAVRAS-CHAVES: hipertensão, monitoramento, grupos operativos

ABSTRACT

INTRODUCTION: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic non-communicable disease in which blood pressure levels are above the limits of normality, resulting in target organ injuries and increased cardiovascular mortality. In Brazil, the Primary Health Care (PHC) teams are responsible for monitoring people with SAH. **JUSTIFICATION:** Many PHC teams in Brazil have used a community approach in the monitoring of people with SAH. However, there is no schedule that guides activities and integrates monitoring based on quality indicators. **OBJECTIVE:** To elaborate a proposal for monitoring the care of people with SAH from the operative group technique in the Basic Health Unit (BHU) Antônio Dias, Ouro Preto/MG. **METHODOLOGY:** A literature review was carried out to list the main indicators of SAH monitoring. Then, the monitoring of the health promotion group of BHU Antônio Dias began, and the percentage of patients monitored according to the SAH quality indicators was estimated. Then, a schedule of actions was proposed through the operative group technique. **RESULTS:** The following indicators were listed: analysis of cardiovascular risk, evaluation of other risk factors, use of statin, evaluation of comorbidities, evaluation of the offer of support and treatment for comorbidities, laboratory review and annual electrocardiogram, feedback on the control of blood pressure levels, anthropometric evaluation and funduscopy. During the follow-up of the health promotion group of BHU Antônio Dias, it was found that most of the indicators were not contemplated. **INTERVENTION PROPOSAL:** A schedule of interdisciplinary actions was elaborated in the format of an operating group based on the monitoring indicators of people with SAH, with monthly meetings. **CONCLUSION:** The implementation of interdisciplinary operative groups for monitoring people with SAH that meets the main monitoring indicators can be used to improve the effectiveness of care in PHC.

KEYWORDS: hypertension, monitoring, operative groups

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2. JUSTIFICATIVA	09
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGIA	11
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6. RESULTADOS	18
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
7. CONCLUSÃO.....	32
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
9. ANEXOS	36

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível na qual os níveis pressóricos encontram-se acima dos limites da normalidade de forma persistente. O adequado monitoramento dessa condição reduz a progressão de alterações estruturais e funcionais em órgãos alvo, principalmente coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos, além de diminuir a morte súbita por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (BARROSO, 2021).

No Brasil, os desafios para prevenção, diagnóstico e acompanhamento da HAS são, sobretudo, das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS). Desse modo, os pacientes hipertensos devem ser submetidos a uma rotina de consultas, exames laboratoriais, avaliação de lesões de órgão-alvo, aconselhamento sobre estilo de vida, entre outras ações de forma centrada na pessoa. O desafio é ainda maior para os profissionais da APS ao realizarem o monitoramento a nível populacional, de forma a identificar os pacientes com controle irregular da HAS e realizar ações de vigilância e busca ativa, visando reduzir a morbimortalidade dessa condição (BRASIL, 2022).

Nesse aspecto, existem no país vários protocolos de monitoramento populacional dos pacientes hipertensos na APS. O Ministério da saúde traz o roteiro “Monitoramento na Atenção Básica de Saúde” com os seguintes indicadores a serem acompanhados: prevalência da HAS (total e subdividida por sexo) e proporção dos hipertensos que são acompanhados, fazem dieta, tomam medicação, fazem atividade física, comparecem à consulta agendada, são hospitalizados por acidente vascular cerebral ou insuficiência cardíaca congestiva e sofreram óbito por doença cerebro-vascular. (BRASIL, 2004). Atualmente, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia constitui, também, uma importante fonte de orientação do cuidado com as pessoas com HAS (BARROSO, 2021).

“O planejamento do cuidado ao hipertenso na Atenção Primária com base na sua classificação de risco” é uma outra proposta nacional de monitoramento das pessoas com HAS. Nela, sugere-se a estratificação de risco do paciente, que envolve dois aspectos principais: o grau de severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade para autocuidado da pessoa. Dessa forma, as ações são orientadas pelo grau de vulnerabilidade e risco (UNASUS, 2020).

O Previne Brasil, programa instituído pelo Ministério da Saúde em 2020 para estabelecer o novo modelo de financiamento da APS, prevê o percentual de pessoas

hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre como um indicador de desempenho das ações de monitoramento e acompanhamento da HAS (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

Em relação a Minas Gerais, o monitoramento de pacientes hipertensos segue as diretrizes nacionais citadas acima. Além disso, a Prefeitura de Belo Horizonte conta com o “Protocolo de Hipertensão Arterial / Risco Cardiovascular”. Nele, o acompanhamento é baseado, inicialmente, nos níveis pressóricos encontrados, nas comorbidades e sintomas dos pacientes. Após atingir a meta do controle pressórico, as consultas de retorno devem ter a frequência estabelecida de acordo com o risco cardiovascular e a adesão ao tratamento. A proposta é oferecer um cuidado descentralizado, com envolvimento interdisciplinar. Além disso, as equipes são orientadas a se reunirem periodicamente para uma auto avaliação do monitoramento realizado, baseando-se nos indicadores da HAS (BELO HORIZONTE / SMS, 2011).

No que tange ao município de Ouro Preto/MG, o monitoramento dos pacientes hipertensos é orientado principalmente pela linha de cuidado do Ministério da Saúde e baseado nos indicadores do programa Previne Brasil. Nesse sentido, é realizada pelo menos uma reunião anual de planejamento para repassar os indicadores a serem monitorados pelas equipes da APS. A partir daí, cada equipe deve conduzir o trabalho conforme a realidade do território. Além disso, os acadêmicos da Universidade Federal de Ouro Preto tem atuado na comunidade com o programa HipertenSUS oferecendo acompanhamento e avaliação nutricional (JORNAL O LIBERAL, 2022).

Além dos protocolos clínicos que orientam o monitoramento dos pacientes com HAS, o cuidado com essas pessoas abrange também o desenvolvimento de ações de promoção à saúde no âmbito da APS. Essas ações fortalecem o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), além de ampliarem a autonomia e a corresponsabilidade dos pacientes no processo saúde-doença. Elas devem ser desenvolvidas de forma socialmente inclusiva, utilizando os espaços públicos como locais de convivência e troca de experiências (BRASIL, 2010).

Nesse aspecto, visando promover qualidade de vida e reduzir riscos à saúde principalmente atrelados aos determinantes sociais, o governo federal estabeleceu a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A PNPS foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Promoção à Saúde lista ações específicas que devem ser

desenvolvidas de forma prioritária, sendo elas: alimentação saudável, práticas corporais e de atividade física, prevenção e controle do tabagismo, prevenção da morbimortalidade do uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como de acidentes de trânsito e violência e promoção do desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2010). Em relação ao desenvolvimento das práticas corporais e de atividade física, que constituem o alvo desse trabalho, essa política incentiva o oferecimento pela rede de saúde de práticas lúdicas, esportivas e de lazer, voltadas para toda a comunidade e especialmente para os grupos vulneráveis, além de momentos de aconselhamento à população sobre estilo de vida saudável. Além disso, incentiva a criação de estratégias de monitoramento e avaliação, com o desenvolvimento de metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade das práticas corporais no controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2010)

Considerando as diretrizes PNPS, os grupos operativos consistem em uma importante ferramenta a ser utilizada na APS como estímulo à promoção da saúde de maneira articulada com as demais redes de proteção social. A criação de um grupo operativo em uma Unidade Básica de Saúde deve ser um processo que envolve desde o diagnóstico local das principais demandas da população e a elaboração de um cronograma de atividades a serem aplicadas até a execução das atividades com o registro adequado no sistema de informação. Para o desenvolvimento das atividades é necessário que os usuários tenham espaço para manifestar suas ideias e experiências acerca do processo saúde-doença. Assim, o grupo operativo potencializa o sentimento de identificação e pertencimento à comunidade, sendo parte da rede de apoio do paciente (RIBEIRÃO PRETO / SMS, 2021).

A Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto/MG promove um grupo de promoção à saúde com foco nas práticas corporais e de atividade física, conhecido pela comunidade local como “hiperdia”. O nome foi dado em função do antigo programa do Ministério da Saúde Hiperdia, criado em 2002 através da Portaria número 371/GM, mas que não se encontra mais em atividade. Desde a sua criação, o grupo passou pelo desenvolvimento de várias atividades. No ano de 2022, teve como público alvo os pacientes hipertensos e diabéticos do território da Unidade Básica, porém não se restringiu a essa população, acolhendo todas as pessoas que desejassem participar para promoção da saúde. Durante o desenvolvimento deste trabalho, participaram 47 pacientes no grupo, com encontros duas vezes na semana. Cada encontro durava cerca de duas horas, sendo a primeira coordenada por uma líder comunitária local que desenvolvia alongamentos e a segunda por uma agente comunitária de saúde que possui formação em educação física e desenvolve atividades aeróbicas com carga e dança. A descrição do grupo será detalhada na seção “Resultados”.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de alta prevalência mundial e constitui um fator de risco para múltiplas condições, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença renal crônica e retinopatia. A maior parte dos pacientes hipertensos é acompanhada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, muitas vezes o monitoramento desses pacientes não é realizado de forma a contemplar os indicadores de qualidade dessa condição. Isso ocorre por vários motivos, como a elevada pressão assistencial do serviço de saúde, o desconhecimento dos profissionais acerca desses indicadores, a má adesão do paciente ao acompanhamento e a falta de efetividade das políticas públicas voltadas para pacientes hipertensos (BARROSO, 2021).

Apesar dessas dificuldades, muitas equipes da APS têm realizado a construção de grupos de promoção à saúde para pessoas com HAS. No Brasil, até o momento não há um cronograma de ações padronizado que oriente as atividades a serem desenvolvidas nesses grupos. No que tange ao município de Ouro Preto, a Atenção Primária à Saúde deve cumprir o indicador do Previne Brasil do monitoramento de pacientes com HAS para garantir o financiamento. Na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, existem vários desafios para o monitoramento adequado das pessoas com HAS, como a elevada população e pressão assistencial, a carência de estratégias de monitoramento populacional, ao mesmo tempo que já existe um grupo de promoção à saúde como um cenário potencial de realização do monitoramento.

Nesse sentido, a proposta desse trabalho é aprimorar o monitoramento das pessoas com HAS na Atenção Primária à Saúde utilizando como ferramenta grupos operativos, sugerindo um cronograma de ações a serem realizadas que contemplem os indicadores de qualidade do acompanhamento dessa condição. Espera-se, ao final desse trabalho, fornecer uma ferramenta de monitoramento coletivo de pacientes hipertensos baseada no modelo teórico-técnico dos grupos operativos de ensino e aprendizagem, para potencializar o grupo de promoção à saúde já existente na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias no município de Ouro Preto/MG como forma de abordagem comunitária que contemple os indicadores de qualidade do acompanhamento dessa condição.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta para o monitoramento do cuidado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a partir da técnica de grupo operativo na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, Ouro Preto/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura de forma a elencar os principais indicadores de qualidade para o acompanhamento dos pacientes hipertensos;
- Descrever o perfil epidemiológico do grupo de promoção à saúde existente na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto;
- Analisar a proporção de pacientes com indicadores de monitoramento adequado para Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Elaborar uma proposta de monitoramento do cuidado de pessoas com HAS a partir da técnica de grupo operativo, transferindo ações antes realizadas individualmente durante as consultas na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto para o âmbito da equipe multiprofissional.

4. METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura para listar os principais indicadores de qualidade do cuidado dos pacientes com HAS. As principais fontes de busca foram as bases Uptodate, Dynamed, Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e Linha de Cuidado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). Então, foi elaborada uma lista compilando os principais indicadores encontrados.

Por conseguinte, iniciou-se o acompanhamento do grupo de promoção à saúde dos pacientes da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto/MG, no período de 13/04/2022 a 10/08/2022. Para isso, foram excluídos os pacientes que frequentavam o grupo por outros motivos que não Hipertensão Arterial Sistêmica.

Então, foram realizadas visitas presenciais ao grupo de promoção à saúde com o objetivo de avaliar a organização e acompanhamentos dos pacientes hipertensos na UBS Antônio Dias. Para o registro, foi criada uma planilha no Microsoft Excel 2010 contendo na primeira aba os dados epidemiológicos dos pacientes (faixa etária, sexo, etnia) e na segunda aba os dados clínicos (comorbidades, medicamentos, tabagismo e avaliação física). Ambas as partes foram preenchidas por meio de visitas presenciais ao grupo de promoção à saúde e conversas com os pacientes. Já a terceira aba da planilha foi preenchida a partir da revisão de prontuário dos pacientes no Sistema e-SUS Atenção Básica, para verificar se foram solicitados exames laboratoriais (bem como o resultado dos mesmos e o cálculo do risco cardiovascular) e se houve alguma alteração na conduta clínica dos pacientes a partir do monitoramento. Durante o preenchimento da planilha os pacientes que apresentaram alguma alteração foram encaminhados para consulta médica na UBS.

Os dados extraídos em toda planilha foram analisados a partir de cálculo de frequências absolutas e relativas e, posteriormente, contrapondo os indicadores de qualidade do cuidado de pacientes com HAS elencados na literatura analisada com o monitoramento realizado até então no grupo de promoção à saúde da UBS em questão.

Por fim, foi proposto um plano de intervenção com um cronograma de ações a serem realizadas, que valoriza as práticas corporais e incorpora os indicadores de qualidade do cuidado de pacientes com HAS, no formato grupo operativo, fornecendo uma ferramenta para potencializar o grupo de promoção à saúde no monitoramento local de pacientes hipertensos em nível coletivo.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição que faz parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). É reconhecida por sua alta prevalência, fácil diagnóstico, tratamento bem estabelecido pelas diretrizes, no entanto má adesão terapêutica dos pacientes. Sua prevenção é um importante fator para diminuir a morbimortalidade cardiovascular (BARROSO, 2021).

A HAS varia sua definição conforme a referência na literatura. Segundo a diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, pode ser definida por níveis alterados de pressão arterial persistentes (pelo menos duas medidas em dias diferentes) com a pressão sistólica acima de 140mmHg e a diastólica acima de 90mmHg. Quando possível, é recomendado que esses valores sejam validados por monitorização ambulatorial ou residencial da pressão arterial. Nos casos em que o paciente já se apresenta com lesão de órgão-alvo, doença cardiovascular ou hipertensão arterial no estágio 3, o diagnóstico já é estabelecido na primeira consulta médica (BARROSO, 2021).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial por estágios segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020

Classificação	Níveis pressóricos
Ótima	<120/80mmHg
Normal	Sistólica: 120-129mmHg e/ ou Diastólica: 80-94mmHg
Pré-hipertensão	Sistólica: 130-139mmHg e/ ou Diastólica: 85-89mmHg
Estágio 1	Sistólica: 140-159mmHg e/ ou Diastólica: 90-99mmHg
Estágio 2	Sistólica: 160-179mmHg e/ ou Diastólica: 100-109mmHg
Estágio 3	Sistólica: \geq 180mmHg e/ ou Diastólica: \geq 110mmHg

Fonte: Adaptação de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Acerca de sua classificação etiológica, pode ser dividida em essencial ou secundária. A essencial é causada por um conjunto de fatores de risco que alteram a estrutura e a função cardiovascular, sendo os principais: idade avançada, obesidade, fatores genéticos, etnia

(negros), dieta rica em sódio, etilismo, sedentarismo, além de fatores sociais como baixa escolaridade e baixa renda familiar (BARROSO, 2021; BASILE, 2022). Já a hipertensão secundária pode ser causada por medicamento, doença renal primária, apneia do sono, uso de drogas ilícitas, alterações metabólicas e endócrinas, aneurisma de aorta, renovascular e coarctação de aorta. (BASILE, 2022).

O tratamento da HAS essencial é baseado em dois pilares: as mudanças de estilo de vida e a terapia farmacológica. Em relação aos hábitos de vida, os pacientes devem receber um aconselhamento nutricional, de forma a reduzir o sódio na dieta, bem como o etilismo, a carne vermelha e os açúcares e aumentar a ingestão de alimentos ricos em potássio, frutas, grãos integrais, peixes e vegetais (BASILE, 2022). Alguns suplementos dietéticos tem discreta evidência na redução dos valores da pressão arterial, como vitamina C, fibras, linhaça, cacau, soja, ômega 3 (BARROSO, 2021). Além disso, os pacientes devem ser estimulados quanto à redução do peso corporal e realização de atividade física (BASILE, 2022). O controle do estresse emocional também demonstrou redução da pressão arterial, principalmente se aliado a práticas em religiosidade e espiritualidade (BARROSO, 2021).

Em relação ao tratamento farmacológico, a decisão de iniciar medicação deve ser avaliada com base no risco cardiovascular, nas comorbidades, nos efeitos colaterais das medicações e nas preferências do paciente (YEE, 2022). As classes de medicamentos de primeira escolha são: inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor de angiotensina, bloqueadores do canal de cálcio ou diuréticos tiazídicos e similares (WHO, 2021).

5.2 Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica

A prevalência da HAS varia com a definição dessa condição. Considerando a definição como o valor acima de 140/90mmHg, a prevalência global é aproximadamente 32% dos adultos entre 30- 79 anos (EGAN, 2022). Nas Américas, na população entre 30-79 anos mais de 25% das mulheres e mais de 40% dos homens são hipertensos. No entanto, dentre os hipertensos somente 35% das mulheres e 23% dos homens tem a pressão arterial em bom controle (sistólica <140mmHg), apesar dos esforços em saúde pública, já que 8% dos recursos em saúde da região são voltados para o controle dessa condição (CAMPBELL, 2022).

No que se refere à prevalência da HAS no Brasil, os valores chegaram a 32,3% considerando a pressão arterial aferida e o uso de medicamentos anti-hipertensivos na

Pesquisa Nacional de Saúde. Nesse país, o índice de controle da hipertensão na Atenção Primária à Saúde variou entre 43,7% a 67,5%. Vários fatores influenciam no controle inadequado da HAS, como a má adesão terapêutica dos pacientes, devido a cronicidade da doença, necessidade de tratamento prolongado, o fato de ser assintomática, a oferta de tratamentos medicamentosos complexos com interações e efeitos colaterais, a falta de envolvimento do paciente no autocuidado e até mesmo o esquecimento da tomada dos remédios. Por consequência, tem-se um alto número de hipertensos descontrolados, com lesões de órgão-alvo e aumento da morbimortalidade cardiovascular (BARROSO, 2021). Em Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial foi estimada em 20% (HERNÁNDEZ, 2015).

No que tange ao município de Ouro Preto/MG, a prevalência da HAS foi estimada em 48,4%, sendo a maioria dos pacientes classificados como estágio 1 (43,3%) (MELO NETO, 2006). Na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, conforme relatório liberado no Sistema e-SUS Atenção Básica em agosto de 2022, 8,28% da população entre 20-59 anos de idade apresenta HAS, sendo que desses 64,22% são do sexo feminino e 35,77% do sexo masculino (e-SUS Atenção Básica, 2022).

5.3. Linha de cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde

Na tentativa de promover um melhor controle da pressão arterial a nível populacional, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) apresenta a linha de cuidado do paciente hipertenso, e elenca algumas ações a serem realizadas na Unidade Básica de Saúde, que são apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 2 - Avaliação e acompanhamento do paciente hipertenso (BRASIL, 2021)

Confirmação diagnóstica	Preferencialmente a pressão deve ser aferida dentro e fora do consultório
Identificação de fatores de risco	Tabagismo, diabetes, história familiar de doença cardiovascular prematura, obesidade, uso de álcool ou outras substâncias, sedentarismo, apneia do sono, transtorno de humor.
Identificação de comorbidades e lesões de órgão-alvo	Doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica, retinopatia. Sugere-se realizar: eletrocardiograma, creatinina, urina rotina, potássio, glicemia, perfil lipídico, ácido úrico. Além disso, se houver indicação, considerar a solicitação de:

	ecocardiograma, microalbuminúria, ultrassonografia de vias urinárias, hemoglobina glicada.
Exame clínico	Aferição da pressão arterial e frequência cardíaca, medida da cintura abdominal, peso, altura, cálculo do índice de massa corporal, exame físico dos aparelhos cardiovascular, respiratório e gastrointestinal
Estratificação do risco global	Baseada nos fatores de risco, valores pressóricos e lesões de órgão-alvo
Substâncias relacionadas ao aumento da pressão	Corticoides, anticoncepcionais, álcool e drogas, anti-inflamatórios
Instituir o tratamento	Pilares: autocuidado, tratamento não medicamentoso e medicamentoso
Avaliar indicação de encaminhamento para atenção secundária	Principalmente cardiologia, nefrologia, oftalmologia, endocrinologia, pneumologia, otorrinolaringologia e ginecologia
Identificação e manejo inicial de crises hipertensivas	Avaliação de lesão de órgão-alvo, identificação de pacientes que devem ser encaminhados para Unidades de Pronto Atendimento, planejamento terapêutico.

Fonte: Adaptação de Linha de Cuidado do ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A linha de cuidado do paciente hipertenso proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) apresenta também orientações para o tratamento não medicamentoso. Destaca-se o controle do peso e do índice de massa corporal, a mudança do padrão alimentar, orientada pelo “Guia Alimentar para a População Brasileira”, a redução no consumo de sal para no máximo 5g de sal/ dia, a moderação no consumo de álcool (máximo de 1 dose de álcool/ dia para as mulheres e pessoas de baixo peso e 2 doses/ dia para homens), a prática de exercício físico (aeróbica: mínimo 30 min/ dia de exercício moderado pelo menos 3 vezes na semana; anaeróbica: 2 a 3 vezes na semana), cessação do tabagismo e avaliação odontológica (SANTA CATARINA / SES, 2019; BRASIL, 2021).

A frequência de consultas recomendada varia conforme o estadiamento clínico, de forma em que os pacientes do estágio 1 sem lesão de órgão alvo e com risco cardiovascular baixo podem ser avaliados após meses, já os dos estágios 2 ou 3 deverão retornar em dias ou semanas, até que se obtenha o controle dos níveis pressóricos (BARROSO, 2021). A Organização Mundial de Saúde recomenda consultas mensais ao iniciar anti-hipertensivo ou para pacientes descontrolados e de 3-6 meses para hipertensos controlados (WHO, 2021).

Em relação ao envolvimento interdisciplinar no acompanhamento do paciente hipertenso, cada profissional de saúde da equipe da APS tem o seu papel na linha de cuidado. O Agente Comunitário de Saúde é responsável por realizar o cadastro adequado dos pacientes, as visitas domiciliares, a identificação de pessoas com maior risco de hipertensão, bem como auxiliar na educação em saúde. Já o técnico de enfermagem tem a função de acolher os pacientes, realizar as medidas de pressão arterial com a técnica adequada e encaminhar à enfermagem os que tiverem os valores alterados, bem como auxiliar nas orientações ao paciente. O enfermeiro deve realizar a consulta, fazer a estratificação do risco, orientar o monitoramento e autocuidado do paciente, estabelecer estratégias para melhorar a adesão dos pacientes e a ingressão em grupos operativos, promover educação em saúde. O médico é responsável por realizar o atendimento conforme a estratificação do paciente, tomando as condutas farmacológicas necessárias, solicitando os exames rotineiros, participando das reuniões de equipe, encaminhando os pacientes para outros especialistas se indicado, promovendo também educação em saúde e autocuidado. Além disso, o nutricionista irá atuar principalmente no tratamento não farmacológico da hipertensão, o fisioterapeuta com a particularidade de auxiliar na reabilitação dos pacientes com lesão de órgão-alvo, o educador físico poderá auxiliar na promoção de grupos operativos, práticas corporais, o farmacêutico atua na dispensação dos medicamentos, nas orientações do uso, realizando atividades de educação permanente, entre outros. A APS faz também a ponte com a atenção secundária e oportuniza aos pacientes que necessitem o acesso a cuidados especializados (SANTA CATARINA / SES, 2019).

5.4 Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde

A teoria de “grupo operativos” foi elaborada por Enrique Pichon-Rivière na década de 1940 e compreende um grupo de pessoas interligadas e que se representam e se propõem à realização de uma tarefa específica. Nesse sentido, os grupos operativos trabalham com a verticalidade (que é a história de cada sujeito) e a horizontalidade (que é a ligação entre eles), de forma que cada pessoa interfere no todo. Utilizar a ferramenta de grupo operativo na Atenção Primária à Saúde é uma forma de trabalhar com a complexidade que a saúde das pessoas representa, já que envolve aspectos físicos, psíquicos, sociais, espirituais e a relação da pessoa com o ambiente e os demais (MENEZES, 2016).

Os grupos que possuem práticas corporais estão relacionados à melhoria da qualidade de vida e bem-estar do paciente, além de atuarem como fator protetor para saúde mental e

cardiovascular dos indivíduos (FRANKE et al, 2016). Dessa forma, realizam abordagem comunitária em saúde, potencializam a integralidade e oferecem uma linha de cuidado com a pessoa que vai além do tratamento farmacológico (BRASIL, 2014). Algumas equipes da APS no Brasil já utilizam a estratégia de grupo operativo para otimizar o acompanhamento e monitoramento dos pacientes hipertensos, com resultados favoráveis (MENEZES, 2016).

Como exemplo, tem-se um relato de experiência da Unidade Básica de Saúde da Marambaia em Belém, no Pará, no ano de 2019. Nele, foram realizados 17 encontros, entre março a outubro desse ano, coordenados pela equipe multidisciplinar. Cada encontro durava em média uma hora e era dividido em três etapas, sendo elas: acolhimento, rodas de conversa com temas de educação em saúde e práticas corporais. O grupo teve bons resultados na construção de vínculo entre os integrantes, bem como no empoderamento do autocuidado e gestão da doença, atuando de forma integral (TEIXEIRA, EIRAS, 2019).

Um outro relato de grupo operativo com pacientes hipertensos e diabéticos foi feito pelo PET-Saúde em uma unidade básica de Belo Horizonte. Nele, foram realizados 7 encontros entre março a junho de 2013 e as atividades educativas foram distribuídas em dinâmicas para cada encontro: jogo “tira dúvidas”, jogo da memória, jogo “reloginho”, dinâmica das complicações e dinâmica do chapéu. A experiência apresentou bons resultados tanto para os alunos, como para os pacientes, que relataram ao final dos encontros maior conhecimento sobre a comorbidade (LIMA, *et al*, 2014).

Um terceiro relato de experiência de grupo operativo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Marcelo Candia, e constituiu em uma manhã de rodas de conversa sobre os temas: alimentação saudável, atividade física, entendendo a hipertensão, a diabetes e o colesterol, tabagismo, automedicação e suporte familiar (PEPSUS, 2018).

6. RESULTADOS

6.1. Monitoramento do cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica

Para aprimorar o monitoramento das pessoas com HAS, foi realizado um levantamento dos principais indicadores e estratégias que poderiam ser utilizados. A partir da revisão de literatura, foi possível elencar os seguintes indicadores de monitoramento: análise do risco cardiovascular, avaliação de outros fatores de risco cardiovasculares, uso de estatina, avaliação de outras comorbidades, avaliação da oferta de apoio e tratamento para as comorbidades, revisão laboratorial e eletrocardiograma anuais, feedback do controle dos níveis de pressão arterial, avaliação antropométrica e fundoscopia. A descrição dos indicadores bem como da referência de cada um deles está descrita na Tabela 3.

Em relação ao risco cardiovascular global, deve ser estimado através das calculadoras clínicas para guiar a introdução de terapias farmacológicas, bem como a meta de controle da pressão arterial a ser atingida (BASILE, 2022). Nesse trabalho, foi utilizada a calculadora de risco cardiovascular da American Heart Association, que inclui os seguintes parâmetros: idade, sexo, colesterol total, HDL, LDL, pressão arterial sistólica e diastólica, uso de medicamentos para o controle da pressão arterial, diabetes, tabagismo. Além do risco cardiovascular estimado, as referências apresentadas também sugerem que seja realizada a avaliação de outros fatores de risco cardiovascular do paciente. Nesse aspecto, a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial indica avaliação de: obesidade abdominal, pressão de pulso em idosos, história familiar de HAS e história prévia de doenças hipertensivas gestacionais (BARROSO, 2021). Já a linha de cuidado do Ministério da Saúde sugere o questionamento de: tabagismo, diabetes, história familiar, obesidade, uso de álcool e drogas, apneia do sono e transtorno de humor (BRASIL, 2021).

Com base no risco cardiovascular calculado, sugere-se a avaliação dos pacientes que usam estatina, sendo um dos indicadores propostos pelo Dynamed: Percentual de pacientes com novo diagnóstico de hipertensão, com idades entre 30 e 74 anos, com uma pontuação de risco cardiovascular ≥ 20 que são tratados com uma estatina (YEE, 2022).

Em relação a avaliação de comorbidades, o Dynamed sugere dois indicadores a serem avaliados: a porcentagem de pacientes com comorbidades e a porcentagem de pacientes que tiveram registro de apoio e tratamento para essas comorbidades nos últimos 12 meses. Dentre

as comorbidades, devem ser avaliadas para esses indicadores as seguintes: doença coronariana, doença arterial periférica, acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença renal crônica, asma, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar , ou outras psicoses e histórico de tabagismo (YEE, 2022).

No que tange à solicitação de exames laboratoriais, cada referência indica a lista de exames a serem solicitados para o paciente hipertenso, na primeira consulta e anualmente. Os exames: creatinina, glicemia, perfil lipídico, urina rotina, eletrólitos e ácido úrico são comuns em todas as referências avaliadas. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial sugere ainda a solicitação da relação albumina/creatinina na urina (BARROSO, 2021). Além disso, segundo a linha de cuidado do Ministério da Saúde, é preciso avaliar individualmente se o paciente tem indicação de: ecocardiograma, microalbuminúria, ultrassonografia de vias urinárias e hemoglobina glicada (BRASIL, 2021). A OMS também recomenda se possível no diagnóstico de hipertensão arterial realizar pedido de exames para avaliação de hipertensão secundária (WHO, 2021).

Outros indicadores de monitoramento do paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica incluem: realização de avaliação antropométrica (com circunferência abdominal, peso, altura e índice de massa corporal) e fundoscopia (principalmente na avaliação inicial, nos casos de hipertensão grau 3 ou se o paciente é diabético) (BRASIL, 2021).

Os principais indicadores de monitoramento bem como a referência utilizada em cada um deles estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 3 - Indicadores de monitoramento da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica

Indicador	Descrição	Fonte
Análise do risco cardiovascular	Risco cardiovascular estimado de cada paciente	Diretriz Brasileira de Hipertensão (BARROSO, 2021)
Avaliação de outros fatores de risco cardiovascular	Questionamento sobre outros fatores individuais que aumentam o risco do paciente	Diretriz Brasileira de Hipertensão (BARROSO, 2021) Linha de cuidado - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021)
Uso de estatina	Percentual de pacientes com novo diagnóstico de	Dynamed (YEE, 2022)

	hipertensão, com idades entre 30 e 74 anos, com uma pontuação de risco cardiovascular ≥ 20 que são tratados com uma estatina	
Avaliação de outras comorbidades	Porcentagem de pacientes com comorbidades específicas	Dynamed (YEE, 2022)
Avaliação da oferta de apoio e tratamento para as comorbidades	Porcentagem de pacientes que tenham registro de oferta de apoio e tratamento para as comorbidades nos últimos 12 meses	Dynamed (YEE, 2022)
Revisão laboratorial anual	Verificação dos pacientes que fizeram revisão laboratorial de rotina para HAS no último ano	Diretriz Brasileira de Hipertensão (BARROSO, 2021); UpToDate (BASILE, 2022)/ Linha de cuidado - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021)
Eletrocardiograma anual	Verificação dos pacientes que fizeram eletrocardiograma no último ano	Linha de cuidado - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021)
Feedback do controle dos níveis de pressão arterial	Aferição da pressão arterial dos pacientes trimestralmente segundo o HEARTS e semestralmente segundo o Previne Brasil	HEARTS - Previne Brasil (WHO, 2021)
Avaliação antropométrica	Avaliação de: circunferência abdominal, peso, altura, cálculo do índice de massa corporal	Linha de cuidado - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021)
Fundoscopia	Pacientes que já realizaram fundoscopia	Linha de cuidado - Ministério da Saúde (BRASIL, 2021)

Fonte: Elaboração da própria autora.

Além dos indicadores levantados, tem-se algumas estratégias sugeridas no acompanhamento e monitoramento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. Nesse sentido, a Linha de cuidado do Ministério da saúde elenca as seguintes: avaliação odontológica, intervenção para cessação do tabagismo e incentivo à prática de atividade física. Propõe também o envolvimento interdisciplinar da equipe no acompanhamento do paciente hipertenso, bem como a avaliação da indicação do acompanhamento para atenção secundária. Por último, reforça a importância da identificação e manejo das crises

hipertensivas que ocorrem na APS (BRASIL, 2021).

Outra estratégia de acompanhamento sugerida pelo Uptodate é o aconselhamento nutricional (BASILE, 2022). A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial reforça a importância de abordar o estresse emocional, visto que seu controle também demonstrou redução dos níveis de pressão arterial, principalmente quando aliados a práticas de espiritualidade e religiosidade (BARROSO, 2021).

Por fim, acrescenta-se como estratégia de acompanhamento dos pacientes hipertensos em grupos operativos a avaliação física. Vale ressaltar que nenhuma referência utilizada acerca da linha de cuidado dos pacientes hipertensos traz essa condição. No entanto, como os grupos incluem práticas corporais, é viável que os pacientes passem por um instrumento básico de triagem antes de se exercitarem. Para isso, sugere-se o questionário PAR-Q, que já identifica aqueles que irão necessitar de avaliação médica antes de realizar as práticas corporais (CEPE, 2014).

6.2. Análise do grupo de promoção à saúde da Unidade Básica de Saúde de Saúde Antônio Dias do município de Ouro Preto

O grupo de promoção à saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, em Ouro Preto/MG, foi acompanhado no período de 13 de abril a 10 de agosto de 2022. O mesmo é constituído por um total de n= 47 pacientes. Desses, 32 pacientes (68,08%) eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, e foram analisados nesse estudo. Os demais (31,91%), frequentavam o grupo por outros motivos, sendo 6 pacientes portadores de transtorno de humor e 5 pacientes sem nenhuma condição patológica. Os 4 pacientes restantes frequentavam o grupo devido a obesidade grau III, sintomas do climatério, dislipidemia e diabetes mellitus, respectivamente. Em relação aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, foi analisado o perfil demográfico, epidemiológico e clínico dos mesmos, conforme demonstrado abaixo na tabela 4.

Tabela 4- Perfil demográfico, epidemiológico e clínico dos pacientes hipertensos do grupo de promoção à saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias no município de Ouro Preto/MG, n=32, 13/04/2022 a 10/08/2022

Variáveis	n (%)
Sexo	

Feminino	27 (84,37%)
Masculino	5 (15,62%)
Faixa etária	
<60 anos	3 (9,37%)
60-69 anos	12 (37,5%)
70-79 anos	10 (31,25%)
80-89 anos	5 (15,62%)
≥ 90 anos	1 (3,12%)
Não respondeu	1 (3,12%)
Com outras comorbidades	24 (75%)
Sem comorbidades	8 (25%)
Uso de estatina	
Sim	10 (31,25%)
Não	22 (68,75%)
Avaliação antropométrica	
Não realizaram mensuração do IMC	29 (90,62%)
Realizaram mensuração do IMC	3 (9,38%)
Tabagismo	
Sim	7 (21,87%)
Não	23 (71,87%)
Não responderam	2 (6,25%)
Avaliação física	
Sem alterações	17 (53,12%)
Alterada	10 (31,25%)
Não responderam	5 (15,62%)
Valor da pressão arterial aferida no grupo	
<140/90mmHg	19 (59,37%)
PAS entre 140-159mmHg ou PAD entre 90-99mmHg	9 (28,12%)
PAS entre 160-179mmHg ou PAD entre 100-109 mmHg	3 (9,37%)
PAS ≥ 180mmHg ou PAD ≥ 110mmHg	1 (3,12%)
Realizou eletrocardiograma pelo menos uma vez na vida	
Sim	4 (12,5%)
Não	28 (87,5%)
Realizou exames laboratoriais para rotina de hipertensão no	

último ano	19 (59,37%)
Não	13 (40,62%)
Sim	
Análise de risco cardiovascular	
Não calculado	23 (71,87%)
Calculado	9 (28,12%)
Uso de medicamentos anti-hipertensivos	
Uso de uma classe (IECA, BRA ou diurético tiazídico)	6 (18,75%)
Uso de duas classes	16 (50%)
Uso de três classes	5 (15,62%)
Não responderam	5 (15,62%)

Elaboração da própria autora.

*Legenda: IECA: inibidor da enzima conversora de angiotensina; BRA- bloqueador do receptor de angiotensina; BCC - bloqueador do canal de cálcio; BB- beta bloqueador.

Percebe-se, a partir dos dados analisados, que a maioria das pessoas com HAS que frequentavam o grupo de promoção à saúde era do sexo feminino (84,37%), idosos (90,62% com idade acima de 60 anos), com outras comorbidades (75%). Dentre os que apresentavam outras comorbidades (24 pacientes) eram divididos em: 9 portadores de diabetes mellitus, 6 portadores de hipotireoidismo e 2 portadores de algum transtorno de humor. Os demais pacientes (7 pacientes) apresentavam, respectivamente: arritmia cardíaca, insuficiência venosa crônica, asma, osteoporose, osteoartrose, neoplasia de mama e neoplasia de hipófise.

Nota-se, também, que o risco cardiovascular não foi calculado na maioria dos pacientes (71,87%), mesmo sendo um importante indicador de monitoramento. As justificativas para isso foram: alguns pacientes não estavam na faixa etária de cálculo (acima de 80 anos), enquanto outros não tinham realizado exames laboratoriais recentes (que são necessários na calculadora). Dentre os pacientes que tiveram o risco cardiovascular calculado (9 pacientes), 4 eram de risco baixo, 3 intermediário e 2 alto.

Um outro aspecto relevante analisado foi a baixa realização de eletrocardiograma, pois 87,5% dos pacientes hipertensos nunca haviam feito o exame durante a vida. Em relação aos exames laboratoriais, a porcentagem dos hipertensos com o exame em dia também foi baixa (40,62%). Outro dado que chamou atenção foi a avaliação antropométrica, visto que 90,62% dos pacientes avaliados não tinham registro do índice de massa corporal. Dos pacientes que mensuraram o IMC (3 pacientes), todos eram obesos, sendo que 2 deles tinham obesidade

grau I e 1 deles tinha obesidade grau III.

Verifica-se também, que 7 pacientes (21,87%) eram tabagistas. A partir da análise realizada, não foi possível saber se essas pessoas passaram pela abordagem de cessação do tabagismo, bem como se foi oferecido o apoio do grupo de tabagismo. Em relação à avaliação física, foi realizada com base no “Questionário de Prontidão para Atividade Física” do CEPE-USP (CEPE, 2014). Entre os pacientes hipertensos, 31,25% deles tiveram a avaliação física alterada, sendo consideradas alterações: tontura durante a atividade física, dor torácica ou problemas osteomusculares que pioram durante a atividade física.

Por fim, observa-se que apenas 59,37% dos pacientes hipertensos do grupo de promoção à saúde tinham os valores de pressão arterial dentro da meta estabelecida para o controle, mesmo frequentando o grupo 2 vezes na semana e com a maioria (21 pacientes- 65,62%), usando pelo menos 2 classes de anti-hipertensivos.

Durante o acompanhamento do grupo, os pacientes que demonstraram estar com acompanhamento inadequado da Hipertensão Arterial segundo os indicadores avaliados, foram encaminhados para consulta na Unidade Básica de Saúde. Então, através da busca ativa dos prontuários, foi analisado quais deles obtiveram alterações na conduta clínica.

Tabela 5- Monitoramento e detecção dos pacientes com acompanhamento inadequado da Hipertensão Arterial Sistêmica do grupo de promoção à saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto, n=32, 13/04/2022 a 10/08/2022

Variáveis	n (%)
Encaminhados à consulta na Unidade Básica de Saúde	
Sim	28 (87,5%)
Não	4 (12,5%)
Encaminhados à consulta médica da atenção secundária	
Sim	9 (28,12%)
Não	23 (71,87%)
Houve alteração de conduta clínica	
Sim	29 (90,62%)
Não	3 (9,37%)

Verifica-se que a grande maioria dos pacientes estava com acompanhamento inadequado da Hipertensão Arterial Sistêmica e necessitou ser encaminhado para Unidade Básica de Saúde (87,5%). Vale ressaltar que entre os encaminhamentos à Unidade Básica de Saúde

realizados, dois deles representavam situações clínicas de urgência (crise hipertensiva e mal estar súbito durante atividade física). Dentre os pacientes encaminhados para a Unidade Básica, 9 pacientes foram avaliados pelo médico da família e comunidade e receberam encaminhamento para atenção secundária, sendo 5 pacientes para a cardiologia, 2 para a oftalmologia e 3 para a endocrinologia.

Nota-se, por fim, que a maioria dos pacientes teve a conduta clínica alterada (90,62%), sendo que desses 11 pacientes necessitou da solicitação de exames laboratoriais e consulta com o médico de família da Unidade Básica, 2 pacientes necessitaram somente da solicitação de exames, 13 pacientes necessitaram somente de consulta médica; 2 necessitaram de consulta na urgência e 1 paciente necessitou de consulta, solicitação dos exames e alteração dos medicamentos.

6.3. Análise dos indicadores de monitoramento do cuidado da pessoa com HAS do Grupo de Promoção à Saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, Ouro Preto, MG.

A partir do levantamento de indicadores e estratégias de monitoramento dos pacientes hipertensos e tomando como base o grupo de Promoção à Saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias, foi realizada uma análise acerca dos indicadores atingidos pelos pacientes que participaram do estudo, como demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 6 - Indicadores para monitoramento do cuidado da pessoa com HAS, Unidade Básica de Saúde Antônio Dias/MG, 13/04/2022 a 10/08/2022

Indicador	Porcentagem de pacientes do grupo
Análise do risco cardiovascular	28,12%
Avaliação de outras comorbidades	100%
Revisão laboratorial anual	40,62%
Eletrocardiograma alguma vez na vida	12,5%
Avaliação antropométrica	9,38%

Nota-se, portanto, que os pacientes tiveram a devida avaliação de suas comorbidades. Porém, a maioria (71,88%) deles não obtiveram o risco cardiovascular estimado, bem como a solicitação de exames laboratoriais (59,38%) e eletrocardiograma (87,5%), além da avaliação antropométrica.

Em relação aos demais indicadores, não foi possível quantificar a porcentagem dos pacientes que atendiam aos mesmos. Acerca da fundoscopia, não foi questionado diretamente o número de pacientes que realizaram, assim como não se sabe se foi ofertado apoio e tratamento para as comorbidades avaliadas. A pressão arterial foi aferida durante o grupo, porém anual, não atingindo o feedback trimestral de avaliação. Sobre a avaliação antropométrica, a medida da circunferência abdominal não foi mensurada. O questionamento dos outros fatores de risco cardiovascular só incluiu a avaliação de tabagismo e outras comorbidades, excluindo os demais fatores. Já em relação ao uso de estatina, foi verificado que 31,25% usam a medicação, porém não se sabe a correlação desses pacientes com o risco cardiovascular dos mesmos, não sendo possível avaliar o indicador: percentual de pacientes com novo diagnóstico de hipertensão, com idades entre 30 e 74 anos, com uma pontuação de risco cardiovascular ≥ 20 que são tratados com uma estatina.

Sobre as demais estratégias de monitoramento elencadas no acompanhamento dos pacientes hipertensos, o grupo de promoção à saúde da Unidade Básica Antônio Dias se destaca pelo incentivo à prática de atividade física, bem como adequada avaliação física dos pacientes. Além disso, identificou adequadamente os pacientes em crise hipertensiva e os mesmos foram manejados na Unidade Básica de Saúde.

No entanto, as seguintes estratégias não foram exploradas no grupo de promoção à saúde: avaliação odontológica, intervenção para cessação do tabagismo, envolvimento interdisciplinar da equipe, avaliação da indicação do acompanhamento para atenção secundária, aconselhamento nutricional e abordagem do estresse emocional.

Portanto, a partir da análise realizada, verifica-se que o grupo de promoção à saúde da Unidade Básica Antônio Dias constitui-se em uma ferramenta fundamental de abordagem comunitária e incentivo à prática de atividade física. No entanto, é possível potencializá-lo como forma de atingir os indicadores de monitoramento da pressão arterial, além de inserir estratégias de intervenção no modelo de grupo operativo para maior efetividade das ações. Dessa forma, foi elaborada uma proposta de intervenção a ser apresentada a seguir.

7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando os indicadores e as estratégias elencadas para adequado monitoramento e acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária à Saúde, foi elaborado um cronograma de ações a serem realizadas no formato de grupo operativo. Esse cronograma foi pensado de forma a atender os indicadores de saúde, fornecer discussões críticas sobre a doença, aumentar a autonomia do paciente e oportunizar a troca de experiências sobre a doença. Além disso, a proposta visa incluir os profissionais de saúde da equipe no cuidado com o paciente hipertenso, distribuindo as funções para fornecer ao paciente um cuidado mais integral e também para não sobrecarregar nenhum profissional em sua rotina de tarefas na Unidade Básica de Saúde.

Sendo assim, a proposta de intervenção baseia-se em dez encontros com os pacientes, somados a duas reuniões com a equipe de saúde para planejamento e feedback das ações realizadas. A frequência proposta para os encontros é mensal e os profissionais de saúde da atenção primária estariam divididos na coordenação das atividades.

O primeiro mês seria para o planejamento das ações. Nele, a equipe se reunirá para discutir a proposta do grupo operativo (MENEZES, 2016). Dessa forma, os profissionais iriam planejar suas atividades. Além disso, sugere-se que nesta reunião a enfermagem leve a lista de pacientes hipertensos do território, bem como a lista dos interessados a participar do grupo. Nesse momento, os integrantes da equipe poderão sugerir a pacientes que apresentam controle inadequado da pressão arterial para que seja realizado busca ativa dos agentes de saúde convidando-os para o grupo. Ainda na reunião, recomenda-se o planejamento da divulgação do grupo, por exemplo com a criação de cartazes e entrega de panfletos. Além disso, poderá ser providenciado o impresso de acompanhamento dos pacientes do grupo (sugestão no Anexo 1), para ser preenchido durante o ano. A confecção dos materiais de divulgação e do impresso de acompanhamento dos pacientes poderá ser fornecida pela Atenção Primária à Saúde do município, caso haja disponibilidade.

Passado o primeiro mês, seriam iniciados os encontros mensais com os pacientes. Cada encontro teria um tempo previsto de duas horas de duração, sendo esse tempo dividido em etapas, que englobam dinâmicas, rodas de conversa, aferição de pressão, avaliações clínicas, práticas corporais, entre outros. A proposta é que cada profissional de saúde participe do encontro como mediador, auxiliado sempre por um agente comunitário de saúde (poderia haver um revezamento entre os agentes que desejam participar), pois ele representa o profissional pertencente à comunidade, sendo um potencial multiplicador das ações aplicadas.

No segundo mês, são propostas três atividades com os pacientes, coordenadas pelo técnico de enfermagem. A primeira, seria uma dinâmica quebra gelo em que os pacientes, em roda, iniciaram uma apresentação “quem sou eu e minhas expectativas para o grupo” (duração da roda: 60 minutos). Após, seriam realizadas aferições da pressão arterial (duração: 30 minutos) e por último uma prática corporal (ginástica - 30 minutos).

No terceiro mês, coordenado pelo médico, iniciaria com uma roda de conversa - “o que eu sei sobre a hipertensão arterial?”, em que os pacientes iriam falar livremente, seguida pela dinâmica “caixinha de perguntas” sobre a hipertensão arterial. Nessa dinâmica, serão colocadas perguntas pelo médico e pelos pacientes sobre a hipertensão arterial e os participantes terão que tentar responder (1h de duração). Após, cada paciente seria chamado individualmente para a avaliação física (sugestão de roteiro - PAR-Q USP) e o médico irá solicitar os exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma, conforme indicado (1 hora de duração).

No quarto mês, coordenado pelo enfermeiro, iniciará com uma roda de conversa com o tema “autocuidado e automedicação” (duração: 30 minutos). Após, os pacientes seriam chamados individualmente para responder perguntas sobre outras comorbidades e outros fatores de risco cardiovascular que possuem (duração: 45 minutos). Por fim, seria realizada uma prática corporal (45 minutos de duração). Ao final, os pacientes deverão ser orientados a trazer os resultados dos exames laboratoriais solicitados no próximo encontro.

No quinto mês, coordenado pelo médico, iniciaria com acolhimentos individuais dos pacientes, com aferição de pressão arterial e anotação dos resultados dos exames solicitados no segundo encontro. Nesse momento, o médico deverá realizar o cálculo do risco cardiovascular e a identificar os pacientes que terão que usar estatina, que deverão ser encaminhados para uma consulta na Unidade Básica de Saúde (duração prevista para a atividade: 1 hora e meia). Ao final do encontro, ocorrerá uma prática corporal - ginástica (duração prevista: 30 minutos).

No sexto mês, coordenado pelo nutricionista, irá iniciar com uma roda de conversa sobre alimentação. Cada paciente poderá falar sobre um alimento afetivo para ele, que o traz memórias, e o que isso representa. O nutricionista também poderá trabalhar os alimentos indicados ou não no controle da pressão arterial e as experiências dos pacientes em relação à dieta, dificuldades e avanços. Ao final da roda de conversa, será apresentado aos pacientes o Guia Alimentar para a População Brasileira, como incentivo de leitura em casa. A segunda atividade consistirá na avaliação de medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal e circunferência abdominal). Por fim, o nutricionista poderá ensinar a receita do “sal

de ervas” e, se possível, fornecer amostras para os pacientes.

No sétimo mês, coordenado pelo médico, poderá iniciar com a dinâmica dos balões, (LIMA, *et al*, 2014) que teria como tema as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (duração da atividade: 30 minutos). Após, o médico poderá realizar a avaliação da visão dos pacientes (anamnese sucinta sobre o assunto e aplicação de testes de triagem oftalmológica como Snellen). Ocorrerá, a partir daí, análise dos pacientes que deverão receber encaminhamento para oftalmologista para realização de fundoscopia (duração da avaliação: 1 hora). Por fim, irá ocorrer uma dinâmica de automassagem (tempo previsto: 30 minutos).

No oitavo mês, coordenado pelo técnico de enfermagem, poderá iniciar com uma roda de conversa com o tema “meu contexto” - suporte familiar e social e os pacientes poderão confeccionar cada um seu ecomapa, elencando sua rede de apoio no enfrentamento da HAS, com a mediação do agente de saúde (duração da atividade - 60 minutos). Após, serão realizadas aferição de pressão arterial (30 minutos) e, por fim, uma dinâmica de prática corporal, como ginástica (duração: 30 minutos).

No nono mês, coordenado pelo psicólogo, poderá iniciar com uma roda de conversa com o tema “abordagem de transtornos de humor, uso de álcool e tabagismo” (duração: 1 hora). Após, poderá ser realizada uma dinâmica de exercícios de respiração (duração: 30 minutos), seguida por práticas corporais, como alongamento (duração: 30 minutos). O psicólogo poderá trabalhar em grupo as relações existentes entre o estresse emocional e o uso de substâncias com o controle da pressão arterial.

No décimo mês, coordenado pelo dentista, poderá iniciar com uma roda de conversa sobre “higiene bucal” (duração: 30 minutos), seguido pela avaliação odontológica individual dos pacientes (duração: 1 hora). Além disso, terá a participação do nutricionista com a reavaliação de medidas antropométricas (duração: 30 minutos). Nessa atividade, poderá ocorrer paralelamente à avaliação odontológica e antropométrica dos pacientes, ficando o agente de saúde responsável por organizar a dinâmica dos pacientes entre o nutricionista e o dentista. Ao final do grupo, os pacientes deverão ser orientados do último encontro do próximo mês e convidados a, quem desejar, trazer um lanche para ser compartilhado.

O décimo primeiro mês contará com a participação de todos os profissionais de saúde que acompanharam o grupo durante o ano. No início, serão realizadas aferições de pressão arterial (duração: meia hora), seguidas por uma roda de conversa com o tema “feedback de encerramento do grupo”, e a realização da dinâmica de “tirar o chapéu” (LIMA, *et al*, 2014) em que cada paciente fará uma autorreflexão sobre o autocuidado em saúde realizado neste ano (duração: 60 minutos). O feedback dos pacientes poderá ser utilizado para avaliação

qualitativa da proposta. Ao final, poderá ser realizado um lanche coletivo para confraternização, com alimentos trazidos pelos pacientes e pelos profissionais de saúde.

Após os dez encontros, os profissionais de saúde da Unidade Básica deverão realizar uma reunião para feedback do grupo operativo realizado, bem como um levantamento sobre os indicadores alcançados no acompanhamento desses pacientes. A partir da análise dos impressos dos pacientes, sugere-se o agrupamento dos dados encontrados e a porcentagem dos pacientes que atingiram os indicadores de monitoramento, para que haja o confronto dos resultados encontrados com os do grupo de promoção à saúde deste trabalho que não utilizaram o cronograma proposto, para avaliação quantitativa do impacto da proposta. O resumo do cronograma de monitoramento proposto encontra-se na Tabela 7:

Tabela 7- Proposta do cronograma de ações a serem realizadas para monitoramento das pessoas com HAS na Unidade Básica de Saúde Antônio Dias em Ouro Preto/MG:

Mês	Indicador Avaliado / estratégia proposta	Profissionais participantes	Atividades propostas
Mês 1	Envolvimento da equipe da Atenção Primária no cuidado do paciente hipertenso	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista, psicólogo, dentista	Reunião de equipe Divulgação do grupo e busca ativa dos pacientes
Mês 2	Feedback trimestral do controle dos níveis de pressão arterial	Técnico de enfermagem, agente de saúde	Atividade 1: Dinâmica quebra gelo Atividade 2: Aferição de pressão arterial Etapa 3: Prática corporal
Mês 3	Revisão laboratorial anual Avaliação física	Médico, agente de saúde	Atividade 1: Roda de conversa - “o que eu sei sobre a hipertensão arterial?”. Dinâmica “caixinha de perguntas” Atividade 2 e 3: Avaliação física e solicitação de exames laboratoriais de rotina e eletrocardiograma.
Mês 4	Avaliação de outros fatores de risco cardiovascular Avaliação de comorbidades	Enfermeiro, agente de saúde	Atividade 1: Roda de conversa - autocuidado e automedicação Atividade 2: Análise de comorbidades e outros fatores de risco cardiovascular Atividade 3: Prática corporal - ginástica
Mês 5	Feedback trimestral do	Médico, agente de saúde	Atividades 1 e 2: Aferição da pressão

	controle dos níveis de pressão arterial		arterial e notação dos resultados dos exames, cálculo do risco cardiovascular Atividade 3: prática corporal - ginástica
Mês 6	Avaliação do IMC, circunferência abdominal	Nutricionista, agente de saúde	Atividade 1: roda de conversa - alimentação. Ao final, apresentação do Guia Alimentar. Atividade 2: Avaliação de medidas antropométricas Atividade 3: receita - sal de ervas
Mês 7	Avaliação oftalmológica Avaliação da indicação do acompanhamento para atenção secundária (para realização de fundoscopia com a oftalmologia)	Médico, agente de saúde	Atividade 1: Dinâmica dos balões - as complicações da doença Atividade 2: Avaliação da visão. Atividade 3: Dinâmica de automassagem
Mês 8	Feedback trimestral do controle dos níveis de pressão arterial	Técnico de enfermagem, agente de saúde	Atividade 1: Roda de conversa - “meu contexto” Atividade 2: aferição de pressão arterial Atividade 3: prática corporal - ginástica
Mês 9	Cessação do tabagismo Avalia�o de comorbidades e oferta para seu tratamento	Psicólogo, agente de saúde	Atividade 1: roda de conversa - saúde mental e uso de substâncias Atividade 2: exercícios de respira�o Atividade 3: alongamento
Mês 10	Avalia�o do IMC, circunferência abdominal Avalia�o odontológica	Dentista, nutricionista, agente de saúde	Atividade 1: Roda de conversa “higiene bucal” Atividade 2: Avalia�o odontológica Atividade 3: Reavalia�o de medidas antropométricas
Mês 11	Feedback trimestral do controle dos níveis de pressão arterial Envolvimento da equipe da Aten�o Primária no cuidado do paciente hipertenso	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista, psicólogo, dentista	Atividade 1- Aferi�o de pressão arterial Atividades 2 e 3- Roda de conversa - Feedback de encerramento do grupo e dinâmica de “tirar o chapéu” Reunião com a equipe de Aten�o Primária para fechamento do grupo.

Fonte: Elabora o da própria autora.

8. CONCLUSÃO

Por meio da análise do grupo de promoção à saúde da Unidade Básica de Saúde Antônio Dias foi verificado que o mesmo constitui-se em uma ferramenta importante de abordagem comunitária que pode ser potencializada, visto que a maior parte dos pacientes não estava sendo monitorada conforme os indicadores de qualidade da HAS, não obtendo a análise do risco cardiovascular, a revisão laboratorial, a realização de eletrocardiograma, a avaliação antropométrica e visual, entre outros indicadores.

Nesse sentido, valorizar as práticas corporais realizadas e incorporar um cronograma de ações que contemple os indicadores de qualidade da HAS na técnica de grupo operativo é uma ferramenta que pode ser utilizada para melhorar a efetividade do cuidado, de forma a atuar ampliando a autonomia dos participantes, bem como obtendo melhorias no controle dos níveis de pressão arterial e na abordagem dos demais fatores de risco cardiovascular. Vale ressaltar as dificuldades a serem superadas para concretização da intervenção, como por exemplo: a adesão dos pacientes ao grupo, o engajamento dos profissionais da equipe, o registro adequado das atividades no sistema e-SUS Atenção Primária e a disponibilidade de alguns profissionais no município (dentista, nutricionista).

A partir da implantação do plano apresentado e caso obtenha melhorias nos indicadores propostos, a intervenção poderá ser expandida para outras Unidades Básicas de Saúde do Município de Ouro Preto/MG.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, W.K.S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v.116, n.3, p. 516-658, 2021.

BASILE, J. *et al.* Visão geral da hipertensão em adultos. **UptoDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?search=hipertensao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H68316477. Acesso em: 16/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde - Cartilha**. Brasília - DF, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado do ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**. Brasília - DF, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília - DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na Atenção Básica de Saúde - Roteiros para Reflexão e Ação**. Brasília - DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília - DF, 2010.

CAMPBELL, N.R.C. *et al.* Diretrizes de 2021 da Organização Mundial da Saúde sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: repercussões para as políticas na Região das Américas. *Rev Panam Salud Publica* 46, 2022.

CEPE. **Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)**. Disponível em: <https://www.cepe.usp.br/wp-content/uploads/PARQ-site-CEPE.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022..

EGAN, Brent M. Prevalência e controle da hipertensão em adultos. **UptoDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-prevalence-and-control-of-hypertension-in-adults?search=hipertensao&topicRef=3852&source=see_link. Acesso em: 12/11/2022.

EGAN, Brent M. Adesão do paciente e o tratamento da hipertensão. **UptoDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/patient-adherence-and-the-treatment-of-hypertension?search=hipertensao%20adesao&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 12/11/2022.

FRANKE, C. M. *et al.* GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA. XXIV **Seminário de Iniciação Científica**, Unijuí, 2016.

HERNÁNDEZ, L. R. **ELEVADA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM GLÓRIA EM LAVRAS, MINAS GERAIS**. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Polo Minas Gerais, p. 40. 2015.

JORNAL O LIBERAL. **HIPERTENSUS: PROJETO DESENVOLVIDO PELA UFOP AUXILIA PESSOAS NO CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL**. Disponível em: <https://site.jornaloliberal.net/noticia/6250/hipertensus-projeto-desenvolvido-pela-ufop-auxilia-pessoas-no-control-e-da-pressao-arterial>. Acesso em: 10 nov. 2022.

LIMA, M. G. *et al.* Grupos operativos de hipertensos e diabéticos no pet-saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, v.16, n.1, p 133-138, jan-mar. / 2014.

MELO NETO, O. P. de. Hipertensão arterial em Ouro Preto (MG) : avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores de risco cardiovasculares. 2006. 136 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Ouro Preto**, Ouro Preto, 2006

MENEZES, K. K. P. D; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, março/2016.

MINSAÚDE. **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no adulto - Unidade de Atenção Primária**. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-\(HAS\)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistemica-(HAS)-no-adulto/unidade-de-atencao-primaria/). Acesso em: 3 nov. 2022.

PEPSUS. **REALIZAÇÃO DE GRUPO OPERATIVO NA UBS MARCELO CANDIA PARA PACIENTES HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E OBESOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**. Disponível em: <http://redepepus.lais.huol.ufrn.br/relato-de-experiencia-vi-de-jose-vicente-da-silva-marques-junior/>. Acesso em: 22 nov. 2022.

Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas. **Guia Prático de Grupo na Atenção Primária à Saúde**. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021. 28 páginas.

Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **PROTOCOLO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL/ RISCO CARDIOVASCULAR**. Belo Horizonte, 2011.

RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo Hipertensão e Diabetes - 2021**. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude-p-23202104.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2022.

Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria da Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica**. Estado de Santa Catarina, 2019. 53 páginas.

TEIXEIRA, J. B. P; EIRAS, N.S.V. UTILIZAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA MARAMBAIA EM BELÉM-PA. **Anais do VIII Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)**, UFPA, p. 1-3, dez./2019.

UFJF. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**. Disponível em: <https://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/A-Hipertens%C3%A3o-Arterial-e-sua-abordagem-pela-APS.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2022.

UNASUS. **O PLANEJAMENTO DO CUIDADO AO HIPERTENSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM BASE NA SUA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14654/1/03%20ELAINE.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults**. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

YEE, Jerry. Hipertensão. **Dynamed**. 2022. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/hypertension>. Acesso em: 13 de outubro de 2022.

10. ANEXOS

Anexo 1 - Acompanhamento do paciente hipertenso

Nome:

Como gosta de ser chamado:

Idade:

Comorbidades:

Uso de medicamentos:

Realizou exames laboratoriais no último ano? () SIM () NÃO

Se sim, algum apresentou alteração? Qual?

Realizou eletrocardiograma? () SIM () NÃO

Risco cardiovascular:

Usa estatina? () SIM () NÃO

Realizou avaliação da visão? () SIM () NÃO

Tabagista? () SIM () NÃO

Se sim, frequentou o grupo de tabagismo ou foi na consulta para orientações de cessação? () SIM () NÃO

Etilista? () SIM () NÃO

Passou por avaliação do humor? () SIM () NÃO

Passou por avaliação física? () SIM () NÃO

Passou por avaliação odontológica? () SIM () NÃO

Data	Peso	Altura	IMC	Circunferência abdominal

Medidas da pressão		
Data	Horário	Pressão arterial

Outras anotações: