Artigo original

EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COM GRUPOS OPERATIVOS EM HIPERTENSOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL

The effects of an intervention with operating groups in hypertensive people in primary care: a quasi experimental Study

Bruna Belo Moreira Vianna[1], Gustavo Henrique de Assis[1], Letícia Maria Moreira Ferreira[1], Lorrane Cássia Fonseca de Campos[1], Marcella Luiza Rodrigues Braz[1], Maria Cecília Lima Nogueira[1], Guilherme Felipe Pereira Vale[2].

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, Minas Gerais – Brasil
[2] Faculdade de Medicina de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Guilherme Felipe Pereira Vale - dr_guilhermefpv@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: Este estudo quase experimental investigou a eficácia de intervenções educacionais e de acompanhamento no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Cecília, em Barbacena, Minas Gerais. **Objetivos**: O objetivo principal deste estudo foi avaliar a eficácia das intervenções educacionais e de acompanhamento na promoção da adesão ao tratamento e no controle da HAS em grupos de saúde. Além disso, buscou-se analisar a viabilidade e a sustentabilidade dessas intervenções a longo prazo. **Métodos**: Após a exclusão dos não participantes, os pacientes foram submetidos a entrevistas e questionários para avaliar a adesão ao tratamento. Palestras educativas foram ministradas, seguidas de acompanhamento mensal, com medidas de pressão arterial e outros dados, ao longo de um ano. **Resultados**: Os resultados revelaram uma redução significativa na pressão arterial sistólica e diastólica, além de melhoria na classificação da pressão arterial. **Conclusão**: Conclui-se, portanto, que as intervenções educacionais e de acompanhamento foram eficazes na promoção da adesão ao tratamento e controle da HAS nesta população. Contudo, ressalta-se a necessidade de mais estudos para validar esses resultados, avaliar sua sustentabilidade a longo prazo e determinar a real relevância dos fatores analisados no questionário aplicado.
Palavras-chave: Estrutura de Grupo. Hipertensão. Saúde Pública. Centros de Saúde.

ABSTRACT

This “quasi”-experimental study investigated the efficacy of educational interventions and monitoring for the management of hypertension (HT) among patients receiving treatment at the Basic Health Unit in Santa Cecília, Barbacena, Minas Gerais. Following the exclusion of non-participants, participants underwent interviews and completed questionnaires to assess treatment adherence. Educational lectures were delivered, accompanied by a year long monthly monitoring of blood pressure (BP) measurements and other relevant data. The findings revealed a noteworthy decrease in both systolic and diastolic blood pressure, alongside an improvement in HT classification. These results suggest that the interventions effectively increased treatment adherence and hypertension control within this demographic. However, further studies are imperative to validate these findings, assess their long-term sustainability, and evaluate the true significance of the factors analyzed in the questionnaire.
Keywords: Group Structure. Hypertension. Public Health. Health Centers.

DOI: 10.5935/2238-3182.2025v35s6.06

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que estão em desuso de medicação anti-hipertensiva.[1,2]

Assim sendo, a HAS está diretamente interligada com a manutenção de hábitos não saudáveis de vida do indivíduo, tais como: tabagismo, etilismo, obesidade, estresse, uso indiscriminado de sal, níveis elevados de colesterol e falta de atividade física.[3] Além de ser o maior fator de risco para doenças cardiovasculares, está diretamente relacionada a outros distúrbios metabólicos como obesidade e dislipidemias. Por essa razão, é considerada um problema de saúde pública - não só pela sua cronicidade, mas também pelos altos custos com internações, incapacitação por invalidez, e aposentadoria precoce.[2,4]

Pelos motivos citados previamente, é indispensável que profissionais da saúde busquem mudanças na abordagem terapêutica em geral com pacientes hipertensos. Através de alternativas médicas e sociais, como: estimular melhores hábitos de vida e reafirmar a importância de adesão ao tratamento medicamentoso.[4,5]

No ano de 2014, no Brasil, foi promulgada a Portaria n.º 483 pelo Ministério da Saúde, que "Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.[1] A partir desta portaria, foi iniciado em algumas Unidades Básicas de Saúde a realização de grupos de HiperDia, que visam dar atenção integral e direcionada aos pacientes diagnosticados e em tratamento para HAS e Diabetes, objetivando a integralidade de todos e a longitudinalidade do cuidado.[6,7]

Pichon - Riviére, psiquiatra suíço, foi o primeiro a descrever sobre os grupos operativos, e foi também criador da Técnica dos Grupos Operativos, os quais tinham como objetivo de por meio de uma dialética fornecer aprendizagem a indivíduos para que esses possam transformar sua qualidade de vida obtendo hábitos saudáveis.[6,8,9]

Concomitante a isso, como ferramenta metodológica econômica em saúde, foram criados grupos operativos específicos para o controle de pacientes hipertensos. Os grupos são definidos como uma reunião de indivíduos de uma determinada comunidade na UBS, por uma motivação em comum, a hipertensão.

Propõe-se a uma atividade, conjuntamente a profissionais da saúde, para informação e conscientização sobre as diversas maneiras de prevenção e tratamento contra HAS e agravos em saúde decorrente de suas complicações, centralizando seu foco no indivíduo, sua família e em seu ambiente físico-social.[10]

Dessa forma, para que ocorra controle da hipertensão, o instrumento principal é a educação e a democratização de informações, sendo estas capazes de instigar os pacientes a obterem melhorias em sua qualidade de vida. Logo, cabe aos profissionais da saúde do Sistema Público de Saúde - nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) - auxiliar e direcionar os pacientes a cuidarem de sua saúde física e mental, através do processo de ensino-aprendizagem contínuo, de modo a ajudá-los a elevarem ou conservarem seu nível de saúde.[11,12]

No âmbito deste estudo, pretende-se investigar se grupos operativos como estratégia terapêutica específica tem impacto sobre o controle da PA em pacientes hipertensos. Espera-se que o resultado desta pesquisa possa contribuir significativamente para o avanço do conhecimento sobre intervenções eficazes no manejo da HAS, fornecendo assim subsídios importantes para melhorar as práticas de saúde pública e, consequentemente, a qualidade de vida dos indivíduos diagnosticados com HAS.

MÉTODOS

Tipo de Estudo e População

Trata-se de um estudo de intervenção ensaio quase-experimental do tipo antes e depois, em que foram incluídos participantes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, maiores de 18 anos, que foram acompanhados na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Cecília, em Barbacena, Minas Gerais. Foram excluídos aqueles que não concordaram em participar do estudo.

Dinâmica do grupo

O grupo funciona 1 vez por mês em data pré-estabelecida com a comunidade durante 12 meses, realizado em 3 pontos diferentes, mais próximo da população, facilitando a adesão.

No início os pacientes são acolhidos pela equipe de ACS's, e realizado por estes os cadastros necessários, retirada de fichas e outras questões burocráticas. Então inicia-se uma palestra ou roda de conversa com temas pertinentes por no

máximo 15 minutos. Após a palestra o paciente passa pela equipe de enfermagem a qual realiza as orientações pertinentes e a coleta dos dados necessários para o controle/acompanhamento do mesmo, como a pressão arterial, frequência cardíaca, peso, circunferência abdominal entre outros dados e registrado na ficha do paciente. Após esta etapa do grupo, de forma individual, cada paciente passa pelo médico responsável onde é avaliado todas essas informações e manejado conforme necessário, assim como solicitar exames pertinentes ou avaliar exames já solicitados em outro momento. Quando identificado questões mais complexas e ou com alguma necessidade mais pormenorizada este paciente é agendado na UBS para uma consulta individual em consultório.

Por fim são registradas todas as informações necessárias para o acompanhamento na ficha do paciente.

Coleta de dados

Os participantes foram selecionados a partir de grupos operativos mensais, recém-formados, direcionados a hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, e convidados em uma das participações nos grupos. Após a concordância em participar por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizada a entrevista para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, seguida de questionário para avaliação da adesão à terapia medicamentosa e não medicamentosa e o posterior paralelo entre a evolução clínica dos participantes envolvidos, após a experiência com o grupo operativo.

Para tal, foi-se utilizado um questionário (Anexo I), no qual situa o participante respondente em relação a sua adesão ao tratamento, possibilitando os pesquisadores/avaliadores reconhecerem qual o comprometimento de cada paciente com seu tratamento, medicamentoso ou não farmacológico. Dados como valores das pressões - aferidas através de esfigmomanômetro aneroide, calibrado para adultos - circunferência abdominal, assim como classificação de risco cardiovascular foram retirados de impresso próprio produzido pela equipe de saúde para controle do grupo. (anexo 2) Logo, os resultados dos questionários foram utilizados para identificar os pontos críticos dos participantes e, a

partir deles, palestras foram ministradas mensalmente, com cunho informativo acerca dos agravantes da hipertensão arterial sistêmica, apresentando, também seus riscos e como promover hábitos de saúde que façam a manutenção de um bom tratamento, otimizando a dinâmica da UBS.

Por fim, realizamos uma avaliação descritiva dos dados desses pacientes logo no início do trabalho, durante, e após, a fim de comprovarmos, ou não, se houve relevância desses grupos operativos para adesão dos hipertensos ao tratamento e a importância destes grupos na atenção primária à saúde.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da Faculdade de medicina de Barbacena sob o número do parecer 5.796.052.

Análise Estatística

As variáveis de estudo constantes do questionários planilha eletrônica e processados em softwares estatístico STATA v 9.2. Foram produzidas tabelas do tipo linhas por colunas com frequências absoluta e relativa. Serão calculadas medidas de tendência central, dispersão e posição das variáveis quantitativas. Os dados apresentaram distribuição não normal pelo teste de Shapiro-Wilk. Dessa forma, a diferença entre as variáveis de estudo foi avaliada através dos testes Qui- quadrado (Exato de Fisher) e de Wilcoxon para amostra pareadas (tipo antes e depois). Decidiu-se significativas as diferenças observadas com valor p ≤ 0,05.

RESULTADOS

O estudo foi conduzido com 100 participantes. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas dos participantes. A idade dos participantes variou entre 39 e 82 anos, sendo a média de 65,7 ± 8,2 anos, 74% eram do sexo feminino, 44% brancos, 50 % analfabetos e 71% aposentados ou pensionistas. Quanto à classificação de risco cardiovascular avaliada pela classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de Pressão Arterial, presença de Fatores de Risco Cardiovascular, Lesões de Órgãos Alvos ou comorbidades - conforme a diretriz brasileira de hipertensão arterial 20207 - 52% dos participantes foram considerados com alto risco.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (n = 100)

Variáveis	Valores
Sociodemográficas	
Idade, anos	65,7 ± 8,2
Sexo feminino, %	74
Raça, %	
Branco	44 (44)
Negro	34 (34)
Pardo	22 (22)
Escolaridade, %	
Analfabeto	50
Ensino médio incompleto	22
Ensino médio completo	30
Ensino fundamental	7
Ensino superior completo	1
Ocupação, %	
Aposentado ou pensionista	71
Do lar	14
Auxiliar de serviços gerais	3
Cuidador	3
Diarista	2
Pedreiro	2
Cabelereiro	1
Costureira	1
Cozinheira	1
Lavadeira	1
Recepcionista	1
Clínicas	
Índice de massa corporal, kg/m²	27,3 ± 4,2
Circunferência abdominal, cm	93,1 ± 9,4
Estratificação de risco cardiovascular, %	
Alto risco	52
Baixo risco	46
Intermediário	2

Dados expressos em média ± desvio padrão e porcentagem
Fonte: VIANNA, BBM, *et al.*, 2024

A Tabela 2 descreve a adesão dos participantes aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Observa-se que 49% dos participantes relataram esquecer de tomar os medicamentos no horário correto e 51% relataram não deixar de tomar os medicamentos. Em relação à dieta, 29% deles relataram comer praticamente sem sal e 33% reduziram seu consumo pela metade, enquanto 32% disseram comer praticamente sem gordura. A prática de atividade física de 3 a 5 vezes por semana foi relatada por 17% dos participantes, 25% praticam menos de 3 vezes por semana, e 58% negaram fazer atividade física. Finalmente, 90% afirmaram comparecer às consultas de acompanhamento da PA.

Tabela 2. Descrição da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos participantes (n = 100)

Variáveis	Valores em %
Esqueceu de tomar a medicação no horário correto?	
Ao menos 1 vez por ano	49
Ao menos 1 vez por mês	19
Ao menos 1 vez por semana	21
Ao menos 1 vez por dia	11
Deixou de tomar a medicação?	
Não	51
Ao menos 1 vez por ano	5
Ao menos 1 vez por mês	25
Ao menos 1 vez por semana	13

Ao menos 1 vez por dia	6
Diminuiu sal na alimentação?	
Não	20
Como praticamente sem sal	29
Reduziu a terça parte	18
Reduziu a metade	33
Diminuiu gordura na alimentação?	
Não	30
Como praticamente sem gordura	32
Reduziu a terça parte	15
Reduziu a metade	23
Faz atividade física pelo menos por 30 minutos?	
Não	58
Menos de 3 vezes por semana	25
3 a 5 vezes por semana	17
Compareceu às consultas agendadas para avaliação da PA?	
Não	10
Sim	90

Dados expressos em porcentagem
Fonte: VIANNA, BBM, *et al.*, 2024

A Figura 1 mostra uma redução significativa dos níveis de PAS e PAD entre as avaliações inicial e final, respectivamente de 137 ± 20 para 126 ± 13 mmHg e 82 ± 10 para 77 ± 7 mmHg, p<0,001 (Z = -5,49 e -4,03). Enquanto, a Figura 2 demonstra que as classificações da PA entre as avaliações inicial e final do estudo foram estatisticamente diferentes, com valor de p = 0,006 para o teste de Qui- quadrado. No início do estudo, 7 apresentavam PA ótima, 18 normal, 21 pré- hipertensão, 34 no estágio I de HAS, 12 no estágio II e 8 no estágio III. Ao final, 13 estavam com PA ótima, 38 normal, 31 pré-hipertensão, 12 no estágio I, 6 no estágio II, e nenhum no estágio III. Nesse sentido, houve uma melhora conjunta de 57%, com 30% mantendo-se estáveis e 13% mostrando piora.

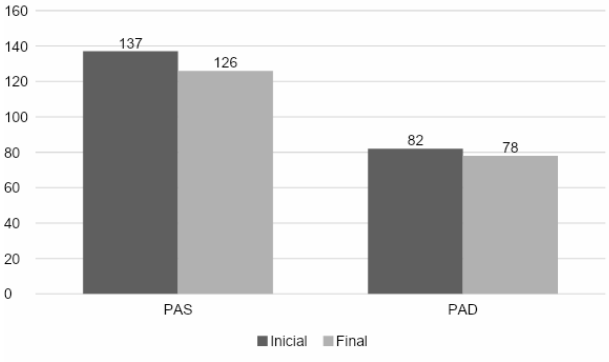


Figura 1. Comparação entre os níveis de PAS e PAD em mmHg entre as avaliações inicial e final, p < 0,001 em ambas comparações.
Fonte: VIANNA BBM, *et al.*, 2024

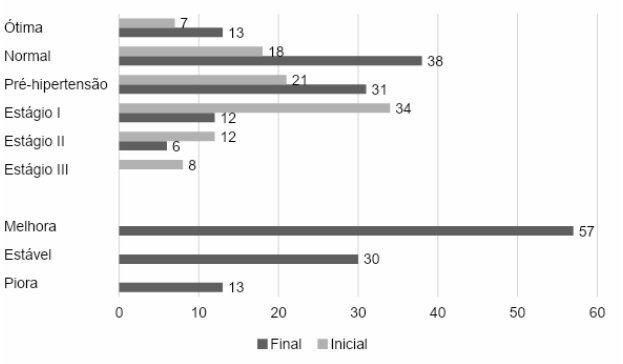


Figura 2. Gráfico de barras comparando as classificações da PA entre as avaliações inicial e final do estudo em porcentagem, p = 0,006.
Fonte: VIANNA, BBM, *et al.*, 2024

Houve uma redução significativa nos níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), indicando uma melhora global no controle da hipertensão. Além disso, a distribuição das classificações de pressão arterial ao longo do estudo também apresentou mudanças estatisticamente significativas, com um aumento notável no número de participantes classificados com perfil "ótimo" ou "normal" de PA, e uma redução correspondente nos estágios mais graves da HAS.

A análise final revelou que a maioria dos participantes experimentou uma melhora conjunta, com uma pequena proporção mantendo-se estável e apenas uma minoria mostrando piora. Esses resultados sugerem que a abordagem adotada, incluindo palestras informativas e acompanhamento regular (mensal), foi eficaz em promover mudanças positivas no comportamento e no controle da HAS entre os participantes.

DISCUSSÃO

Conforme o Ministério da Saúde em seu relatório, em 2021 a prevalência da hipertensão arterial no Brasil chegava a casa de 26,3% nos adultos, e está numa trajetória crescente, sugerindo um aumento contínuo no número de hipertensos no país.[13] Dado este que nos mostra o quanto é complexo o cuidado desses pacientes com hipertensão arterial em âmbito da saúde pública e principalmente na atenção primária à saúde (APS) de forma individual, visto que a realidade da APS no Brasil são de equipes de saúde com populações adscritas muito acima do preconizado pelas políticas de atenção básica do ministério da saúde,[8,11,12] trazendo então como consequência um alto número de hipertensos nas equipe de saúde.[13,14]

Diante do contexto delineado, é evidente que se torna impraticável para uma equipe de saúde da atenção básica fornecer um acompanhamento individualizado e multidisciplinar a todos os pacientes hipertensos, como por exemplo, orientar sobre fatores de risco, dada a variedade de obrigações indispensáveis em uma unidade de saúde primária.[11,15,16]

Assim sendo, muitas unidades de saúde lançam mão de ferramentas para conseguirem abordar melhor essa população, e um grande exemplo são os grupos de saúde que, conforme literatura, são chamados de HIPERDIA.[17-19] Esses grupos são para cuidados de hipertensos e diabéticos, onde unem pacientes para facilitar o controle, oferecendo um cuidado multidisciplinar e continuado, promovendo seu empoderamento no gerenciamento individual de sua saúde. Mas infelizmente a maioria das unidades de saúde não adotaram este modelo, o que tem dificultado o acompanhamento

integral dos hipertensos.[11,12]

Por essa razão, identificamos a importância de explorar e compreender como os grupos de cadastro e acompanhamento de hipertensos nas unidades básicas de saúde podem contribuir de maneira eficaz para o bem-estar dessa população.[17] Para sua efetividade, é crucial que tais iniciativas sejam conduzidas com segurança e responsabilidade pelas equipes de saúde, evitando a utilização exclusiva desses grupos para simplificar processos de cadastro ou para renovação de receitas, e sim priorizando a promoção da saúde e o acompanhamento adequado dos pacientes.[16,17]

No estudo, os resultados revelaram uma amostra diversificada, com participantes variando de 39 a 82 anos, predominantemente do sexo feminino, com uma proporção significativa de analfabetos e aposentados ou pensionistas. A avaliação inicial também destacou uma preocupante classificação de risco cardiovascular, com mais da metade dos participantes considerados de alto risco com base nas diretrizes para hipertensão arterial,[7] não tendo como a princípio precisar o que poderia estar levando a este quadro nesta população estudada, mas podendo inferir a probabilidade de não estarem conseguindo ter seus acompanhamentos realizados da melhor maneira nesta unidade de saúde, pela dificuldade já exposta anteriormente, alta prevalência da doença e dificuldade de controle individual.[10,11] As descobertas sobre adesão ao tratamento revelaram lacunas significativas, com quase metade dos participantes relatando esquecimento na administração da medicação e uma proporção considerável não aderindo a mudanças na dieta ou aumentando a atividade física, medidas as quais conforme a Diretriz Brasileira de Cardiologia são essenciais para o controle da PA.[7]

Em resumo, o estudo observacional realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Cecília apresenta uma intervenção abrangente e eficaz para lidar com a hipertensão arterial sistêmica em uma comunidade específica, assistida pela medicina de família e comunidade, e a equipe multiprofissional, ofertada pelo SUS. Os resultados destacam a importância de estratégias educacionais principalmente quando lançamos mão de uma equipe multiprofissional, com médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, farmacêutico entre outros para ajudar na mudança de consciência dos pacientes no que tangem o autocuidado e o conhecimento de sua própria doença, de acompanhamento contínuo na promoção da adesão ao tratamento e na melhoria dos resultados de saúde entre os pacientes hipertensos.[7,22]

Esses achados corroboram estudos anteriores que destacaram a importância de intervenções educacionais e de estilo de vida na gestão da HAS, bem como a necessidade de monitoramento regular e acompanhamento contínuo dos pacientes.[18-21] Além disso, a análise dos resultados destacou a influência dos fatores socioeconômicos e demográficos na adesão ao tratamento, ressaltando a necessidade de considerar esses aspectos ao desenvolver estratégias de intervenção para populações hipertensas.[10]

No entanto, o presente estudo obteve alguns vieses, uma vez que a coleta de dados se deu por meio de entrevistas e questionários auto aplicados, os quais podem estar sujeitos a viés de informação, especialmente se os participantes fornecerem respostas socialmente desejáveis ou imprecisas.[7] Isso pode afetar a validade dos resultados, especialmente em relação à adesão ao tratamento e ao relato de comportamentos de saúde.[7, 22]

Outrossim, durante o período de acompanhamento, os participantes podem ter sido expostos a intervenções adicionais fora do escopo do estudo que poderiam influenciar os resultados, como mudanças na prescrição de medicamentos, porém se mantinham em acompanhamento da equipe de saúde no grupo operativo, o que é uma das grandes características deste grupo, fazendo com que a equipe de saúde pudesse estar acompanhando todas as mudanças que por ventura pudessem acontecer e controlar essas mudanças mitigando assim a influência nestes resultados.[7]

Ao reconhecer essas limitações, podemos interpretar os resultados como promissores e considerar maneiras de mitigar esses potenciais vieses em estudos futuros. Isso pode incluir a utilização de métodos de amostragem mais rigorosos, a padronização dos procedimentos de coleta de dados e a inclusão de grupos de controle adequados.[7] E pode-se, ainda, iniciar novos estudos, tanto de intervenção quanto observacionais, a fim de descobrir a real influência das questões que foram abordadas nos questionários, como alimentação rica em sal, gordura, prática de atividades físicas.[7, 22]

CONCLUSÃO

Portanto, o acompanhamento e intervenção ao longo do estudo demonstraram resultados promissores, a adoção de grupos operativos, para pacientes hipertensos, nas unidades básicas de saúde é uma opção viável e que obtém bons resultados no controle da HAS e na assistência a esses pacientes do SUS pela atenção primária à saúde. O estudo reforça a importância de abordagens abrangentes e personalizadas para o controle da hipertensão, que levem em conta não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também as circunstâncias individuais dos pacientes. Essas descobertas têm implicações significativas para a prática clínica e para políticas de saúde pública, fornecendo uma base sólida para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes voltados para o controle da hipertensão e melhoria dos resultados de saúde cardiovascular na comunidade - oferecidos pelo SUS, principalmente neste modelo de grupos operativos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
2. Lima LR, Okamura AB, Carvalho KMB, Dutra ES, Gonçalves VSS. Hypertension and Associated Lipid, Glucose, and Adiposity Parameters in School-Aged Adolescents in the Federal District, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2022 Apr;118(4):719-726.
3. Menezes TC, Portes LA, Silva NCOV. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial com método diferenciado de busca ativa. Cad Saúde Colet. 2020 Jul;28(3):325–33.
4. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa AL, Jardim PC. The influence of hypertension on quality of life. Arq Bras Cardiol. 2013 Feb;100(2):164-74.
5. Carvalho MTDO. A implantação de grupo operativo como estratégia de trabalho na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tijuco 0801 no município de São João Del Rei/MG [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
6. Pereira TTSO. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. Rev SPAGESP. 2013;14(1):21-29.
7. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, *et al.* Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. Arq Bras Cardiol. 2021 Mar;116(3):516-658.

8. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. Rev APS. 2007;10(2):189-199.

9. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicol inF. 2010;14(14):160-169.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica; hipertensão arterial sistêmica. Brasilia: Ministério da Saúde; 2024 .

11. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saude Debate. 2018 Sep;42(spe1):208–23.

12. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude Soc. 2011 Oct;20(4):867–74.

13. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Cad Saude Publica. 2017 Jul 3;33(6):e00035316.

14. Machado MC, Pires CG, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Cien Saude Colet. 2012 May;17(5):1357-63.

15. Silva OD. Proposta de intervenção para fortalecer a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, na Unidade Básica de Saúde da Familia São Vicente em Uberaba, Minas Gerais. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.

16. Sá DLF, Souza PJ, Sales MR, Queiroz MP, Anjos JPD. A importância dos grupos operativos na atenção primária à saúde. Rev APS. 2020;23(Supl. 2):199–200.

17. Serpa EA, Lima ACD, Silva ÂCD. Terapia ocupacional e grupo hiperdia. Cad Bras Ter Ocup. 2018 Jul;26(3):680–91.

18. Magalhães GL. Inserção do grupo de hiperdia na unidade básica de saúde novo amazonas [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

19. Câmara FT. O processo organizacional dos grupos de hiperdia e saúde mental em uma UBS - Um modelo de intervenção [Trabalho de Conclusão de Curso]. Serra: Universidade Aberta do SUS; 2016.

20. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad Saude Colet. 2016 Jan;24(1):124–30.

21. Vincha KRR, Santos AF, Cervato-Mancuso AM. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saude Debate. 2017Jul;41(114):949–62.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 56 p.