



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA**

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**ANA FLÁVIA BOMFIM DE MELO**

**CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA  
TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**REDENÇÃO**

**2026**

**ANA FLÁVIA BOMFIM DE MELO**

**CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA  
TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação na Saúde e Promoção da Saúde

Eixo da Saúde Coletiva: Políticas, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde.

**REDENÇÃO**

**2026**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira Sistema de  
Bibliotecas da UNILAB  
Catalogação de Publicação na Fonte.

---

Melo, Ana Flávia Bomfim de. L732c

Construção e evidências de validade de protocolo para telemonitoramento de  
pessoas com hipertensão arterial na atenção primária / Ana Flávia Bomfim de  
Melo. - Redenção, 2026.

Of: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Profissional Em Saúde Da Família,  
Programa De Pós-graduação Em Saúde Da Família, Universidade da Integração  
Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira, Redenção, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo. Coorientador: Prof. Dr.  
Gilvan Ferreira Felipe.

1. Telesaúde. 2. Hipertensão. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.  
Protocolo clínico. 5. Validação. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 610.285

---

**ANA FLÁVIA BOMFIM DE MELO**

**CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA  
TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab

---

Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - Unilab

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Jorge Magalhães  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Huana Carolina Cândido Morais  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lívía Moreira Barros  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Unilab  
Examinadora Suplente (Membro Externo)

Dedico este trabalho ao meu marido, pelo companheirismo inabalável e por ser meu porto seguro em todos os momentos de exaustão e incerteza. Às minhas filhas, que são a minha maior motivação e a razão pela qual busco, todos os dias, contribuir para um mundo mais cuidadoso e humano.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força, saúde e discernimento em cada etapa desta jornada.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Thiago Moura, pela confiança na relevância deste protocolo de telemonitoramento para a saúde pública e por me impulsionar à sua construção e validação, sempre apostando em meu potencial acadêmico e profissional.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Gilvan Felipe, pela brilhante condução deste trabalho. Expresso minha profunda gratidão por sua gentileza ímpar e pela paciência generosa com que acolheu minhas dúvidas, transformando desafios em aprendizado e tornando o percurso desta pesquisa muito mais leve.

Ao Prof. Dr. Jairo Domingos, coordenador do programa, por sua liderança inspiradora e pelo apoio institucional que viabilizou as condições ideais para a realização deste trabalho. Sua dedicação ao fortalecimento da pós-graduação reflete-se na qualidade de nossa formação.

À Unilab, à Renasf e aos docentes do programa, que me proporcionaram as ferramentas teóricas necessárias para transitar entre o cotidiano do SUS e a pesquisa em saúde coletiva com maior propriedade.

Aos membros da banca examinadora que, gentilmente, aceitaram contribuir com esse projeto de vida. A todos o meu sincero agradecimento.

Aos *experts* que participaram como juízes da validação do Protocolo, muito obrigada pela disponibilidade e contribuição técnico-científica para concepção dessa diretriz clínica.

Aos profissionais das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) que viabilizaram a realização do Grupo Focal, permitindo que a teoria encontrasse a realidade do SUS. Vocês contribuíram com a busca por estratégias mais resolutivas e humanas; espero que este protocolo possa, em breve, retornar em forma de benefícios reais ao cuidado cotidiano de seus pacientes.

Aos meus colegas de pós-graduação, pelas discussões valiosas e pelo apoio mútuo nos momentos em que a carga do mestrado parecia exceder o tempo disponível.

De forma muito especial, ao meu marido, pelo apoio incondicional e por ser o alicerce que me permitiu focar neste sonho, mesmo diante dos desafios da rotina.

Às minhas filhas, Bella, Carol e Tina, que são a minha maior inspiração. Que este trabalho seja para vocês um testemunho de que o estudo e a dedicação ao próximo são caminhos que valem a pena ser trilhados. Obrigada por compreenderem minhas ausências e por preencherem meus dias com o amor necessário para seguir em frente.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade, meu sincero muito obrigada.

"O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois inquieta. O que ela quer da gente é coragem."

*Guimarães Rosa*

## RESUMO

A crescente demanda por cuidados em saúde e as persistentes barreiras de acesso em áreas vulneráveis evidenciam a necessidade de estratégias inovadoras como a telessaúde. Contudo, ainda subsistem lacunas na padronização e efetividade do atendimento remoto para condições crônicas, como a Hipertensão Arterial (HA), na Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo objetivou construir um protocolo, com evidência de validade e qualidade, para o telemonitoramento do hipertenso atendido em Unidade de Atenção Primária em Saúde Pesquisa metodológica desenvolvida em quatro etapas: apropriação do conteúdo técnico-científico; mapeamento de demandas e requisitos do público-alvo; elaboração do protocolo; e análise de evidências de validade. A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2024 a janeiro de 2026, com destaque para a coleta de dados que aconteceu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A etapa inicial de construção consistiu em uma Revisão de Escopo para mapear as evidências científicas sobre telemonitoramento na Hipertensão Arterial, a partir da questão norteadora: “*Quais os itens que compõem os protocolos existentes para o atendimento voltado à pessoa com HA na APS??*” O protocolo foi submetido à validação de conteúdo por um comitê de seis juízes especialistas e, para mapeamento de demandas e requisitos do público-alvo, foi realizado um Grupo Focal composto por quatro profissionais da ponta (dois médicos e dois enfermeiros). O processo de validação foi conduzido por um comitê de juízes especialistas das áreas médica e de enfermagem, utilizando o instrumento AGREE II, que trabalha a aplicabilidade e a recomendação de uso, e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva, adotando-se o ponto de corte de 75% para a concordância. Os resultados do AGREE II demonstraram que todos os seis domínios superaram o escore mínimo, com destaque para "Escopo e Finalidade" (100%). O IVC Global (IVC-G) apresentou-se satisfatório, com valor igual a 0,75, corroborando a robustez geral do protocolo. Paralelamente, a avaliação detalhada por meio do IVC por item (IVC-I) variou de 0,17 a 1,00, onde do total de 23 itens avaliados, 13 apresentaram  $IVC-I \geq 0,78$ , sendo considerados adequados quanto à validade de conteúdo. Os demais itens apresentaram valores abaixo do ponto de corte recomendado, sendo classificados como passíveis de revisão, especialmente quanto à clareza e adequação conceitual, o que demandou ajustes garantindo o refinamento qualitativo do produto técnico. O produto final constitui um instrumento claro e aplicável para o telemonitoramento, em plena consonância com as diretrizes do SUS. Sua estrutura, organizada em sete dimensões (caracterização do paciente, anamnese, exame físico, terapia medicamentosa, adesão terapêutica, exames complementares e plano de ação), permite orientar condutas remotas. Conclui-se que o protocolo atingiu os requisitos de validade para subsidiar a assistência na Estratégia Saúde da Família; embora limitado pelo recorte geográfico e pela ausência direta da perspectiva do usuário na validação, tais fatores foram minimizados pela expertise do comitê de juízes e pela realização do grupo focal com profissionais da ponta, que atuaram como mediadores da realidade clínica e garantiram a viabilidade prática da ferramenta frente às disparidades tecnológicas do cenário assistencial.

**Palavras-chave:** Telessaúde; Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Protocolo Clínico; Validação.

## ABSTRACT

The growing demand for health care and persistent access barriers in vulnerable areas highlight the need for innovative strategies such as telehealth. However, gaps remain in the standardization and effectiveness of remote care for chronic conditions, such as Arterial Hypertension (AH), in Primary Health Care (PHC). This study aimed to develop a protocol, with evidence of validity and quality, for the telemonitoring of hypertensive patients treated at a Primary Health Care Unit. This is a methodological research developed in four stages: appropriation of technical-scientific content; mapping of target audience demands and requirements; protocol development; and analysis of validity evidence. The research was conducted from October 2024 to January 2026, with data collection occurring after approval by the Research Ethics Committee. The initial construction phase consisted of a Scoping Review to map scientific evidence on telemonitoring in Arterial Hypertension, based on the guiding question: "What items compose the existing protocols for care aimed at people with AH in PHC?" The protocol was submitted to content validation by a committee of six expert judges and, to map target audience demands and requirements, a Focus Group was conducted with four frontline professionals (two doctors and two nurses). The validation process was led by a committee of expert judges from the medical and nursing fields, using the AGREE II instrument, which assesses applicability and recommendation for use, and the Content Validity Index (CVI). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, adopting a 75% cutoff point for agreement. The AGREE II results demonstrated that all six domains exceeded the minimum score, with "Scope and Purpose" (100%) being the highlight. The Global CVI (G-CVI) was satisfactory, with a value of 0.75, corroborating the general robustness of the protocol. Concurrently, the detailed evaluation through the Item Content Validity Index (I-CVI) ranged from 0.17 to 1.00; out of the 23 items evaluated, 13 presented an I-CVI  $\geq 0.78$ , being considered adequate regarding content validity. The remaining items presented values below the recommended cutoff point and were classified as requiring revision, especially regarding clarity and conceptual adequacy, which demanded adjustments to ensure the qualitative refinement of the technical product. The final product constitutes a clear and applicable instrument for telemonitoring, in full compliance with SUS (Unified Health System) guidelines. Its structure, organized into seven dimensions (patient characterization, anamnesis, physical examination, drug therapy, therapeutic adherence, complementary exams, and action plan), allows for the guidance of remote conducts. It is concluded that the protocol reached the validity requirements to support care within the Family Health Strategy; although limited by geographical scope and the lack of a direct user perspective in the validation phase, these factors were minimized by the expertise of the judges committee and the focus group with frontline professionals, who acted as mediators of clinical reality and ensured the practical feasibility of the tool in the face of technological disparities in the healthcare setting.

**Keywords:** Telehealth; Hypertension; Primary Health Care; Clinical Protocol; Validation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma das Etapas do Estudo.....	29
Figura 2	Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos.....	33
Figura 3	Distribuição dos percentuais da avaliação da qualidade do Protocolo, seguindo os seis domínios do AGREE II.....	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos escores e adequabilidade do Protocolo, conforme os domínios do AGREE II.....	68
Tabela 2	Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento AGREE II	79
Tabela 3	Índice de Validade de Conteúdo global (IVC-G) do instrumento.....	80
Tabela 4	Pontuação percentual e Índice de Validade de Conteúdo dos domínios segundo o AGREE II.....	82

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fluxograma das Etapas do Estudo	30
Quadro 2	Estratégias utilizadas na busca eletrônica	31
Quadro 3	Nível de Evidência dos Estudos.....	34
Quadro 4	Força de Recomendação dos Estudos.....	34
Quadro 5	Conjunto de requisitos e características para definição dos juízes	38
Quadro 6	Apresentação dos itens e domínios do AGREE II	40
Quadro 7	Estudos selecionados para compor a Revisão de Escopo	46
Quadro 8	Descrição dos Achados	52
Quadro 9	Principais Requisitos Identificados pela Equipe Interprofissional	65
Quadro 10	Descrição das Seções do Protocolo de Telemonitoramento em HA	65
Quadro 11	Sugestões recebidas no Grupo Focal e acatadas pela pesquisadora	66
Quadro 12	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 2 (item 04) e Adequação	71
Quadro 13	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 2 (item 05) e Adequação	71
Quadro 14	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 08) e Adequação	72
Quadro 15	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 10) e Adequação	72
Quadro 16	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 14) e Adequação	73
Quadro 17	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 5 (item 18)	74
Quadro 18	Adequação para o Item 18 do Domínio 5	74
Quadro 19	Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 5 (item 20)	76
Quadro 20	Estimativa de Recursos Necessários	76
Quadro 21	Análise de Viabilidade	77
Quadro 22	Declarações Éticas acerca de financiamentos e conflitos de interesse	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NBR	Norma Brasileira Regulamentar
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SIBI	Sistema Integrado de Bibliotecas
trad.	Tradutor
OMS	Organização Mundial de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ECV	Estratégia de Saúde Cardiovascular
HA	Hipertensão Arterial
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PE	Processo de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
eMULTI	Equipe Multidisciplinar
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
UECE	Universidade Estadual do Ceará
DeCS	Banco de Descritores em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	20
3.2	POTENCIALIDADES NA APLICAÇÃO DA TELECONSULTA NA APS.....	22
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2	PERÍODO.....	28
4.3	ETAPAS DE ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE TELEMONTORAMENTO VOLTADO PARA HA NA APS.....	28
4.3.1	<b>Etapa 1: Apropriação do Conteúdo.....</b>	<b>29</b>
4.3.2	<b>Etapa 2: Mapeamento das Demandas e Requisitos do Público- Alvo.....</b>	<b>34</b>
4.3.3	<b>Etapa 3: Elaboração do Protocolo.....</b>	<b>36</b>
4.3.4	<b>Etapa 4: Análise das Evidências de Validade.....</b>	<b>37</b>
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.4.2	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>108</b>

<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE H.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico trouxe contribuições importantes na área da saúde para viabilizar o compartilhamento de conhecimento, a promoção da educação e o treinamento em cuidados para regiões remotas e isoladas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que seus países-membros adotem a telessaúde como ferramenta tática para o planejamento e execução de ações de saúde globais. Em 2005, a OMS estabeleceu o Observatório Global para eSaúde que tinha o objetivo de rever o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na assistência à saúde e analisar os ganhos trazidos por essas tecnologias (Kruse et al., 2018; World Health Organization, 2019; Caetano et al., 2020; Wen, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tem na Atenção Primária à Saúde (APS) a principal porta de entrada dos usuários às Redes de Atenção à Saúde (REAS). Nesse cenário, a Telessaúde tem se consolidado como uma ferramenta essencial para o cumprimento dos princípios do SUS, contribuindo com a universalidade, ao ampliar o acesso; com a integralidade, ao complementar o cuidado em áreas mais específicas; e com a equidade, ao favorecer populações em situação de maior vulnerabilidade social e em regiões com menor oferta de serviços de saúde. A evolução e modernização das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) têm permitido a integração progressiva da Telessaúde aos cuidados em saúde, viabilizando, entre outros recursos, o uso de mensagens e chamadas por vídeo como formas de atendimento remoto (Caetano et al., 2020; Harzheim et al., 2021; Medeiros et al. 2022; Boggiani et al., 2023; Catapan et al., 2024).

Em 2007, foi criado o Programa Nacional de Telessaúde objetivando a qualificação e a maior resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2011, este programa foi reestruturado, expandido para todos os estados brasileiros e renomeado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, tendo como objetivo fornecer serviços de saúde remoto por meio de TIC (Sarti; Almeida, 2022; Brasil, 2011). No entanto, este modelo de atenção foi pouco aplicado e assimilado pelas entidades e profissionais da área (Mahtta et al., 2021).

A pandemia de COVID-19 obrigou a todos ao isolamento e distanciamento físico, enfatizando a necessidade de uma assistência baseada em teleconsulta, que se tornou o meio predileto para o fornecimento de cuidados primários (DE ALBORNOZ; Sia; Harris, 2022).

Durante a leitura para o desenvolvimento deste estudo, foi observado a utilização de diversos termos referentes à telessaúde, portanto faz-se necessário defini-los de forma mais clara. A telessaúde pode ser definida como um termo mais geral para o cuidado à distância em saúde; é também um termo interdisciplinar, visto que engloba diversas atividades da assistência médica e se caracteriza pelo uso das TIC com finalidades educacionais, formativas, diagnósticas

e de monitoramento (Harzheim et al., 2021; Mahtta et al., 2021; Wen, 2022; Catapan et al. 2024). Inclui diversas abordagens como: teleconsultoria/2ª opinião formativa, telediagnóstico, tele-educação, telemonitoramento, que se tornaram fundamentais para a gestão de doenças crônicas e emergências, principalmente em regiões remotas (Harzheim et al., 2021).

A OMS compreende os termos telessaúde e telemedicina como sinônimos, porém, para alguns autores, estes termos são distintos por considerarem que a telemedicina está restrita aos médicos e a telessaúde compreende os demais profissionais de saúde (Rezende et al., 2023). Assim, neste estudo, utilizamos o termo telessaúde, considerando que foram envolvidos outros profissionais de saúde além de médicos.

Dentro da telessaúde, a teleconsulta é definida como uma consulta realizada por meio de videoconferência, telefone e/ou outras plataformas digitais, permitindo que pacientes recebam orientação sobre suas condições de saúde e tenham suas demandas resolvidas sem a necessidade de deslocamento físico (Jimenez et al., 2020; Gajarawala; Pelicice, 2021; Catapan et al., 2024).

O telemonitoramento é uma estratégia remota de gestão de pacientes que utiliza diversas TIC para acompanhar o estado de saúde dos pacientes e monitorar indicadores de doenças (Lopes et al., 2019; Vegter et al., 2020; Parati et al., 2021; Ma et al., 2022). O monitoramento remoto tem se mostrado eficaz para reduzir a hospitalização e melhorar a adesão ao tratamento, pois permite que profissionais da saúde acompanhem os pacientes em tempo real, ajustando o tratamento conforme necessário (Snoswell et al., 2020; Liliheroos; Arkkukangas, 2023).

De acordo com Haleem et al. (2021), telessaúde refere-se ao uso de tecnologias digitais para facilitar o acesso ao atendimento médico, além de aprimorar os processos de cuidados, comunicação e gestão da saúde. Ela tem sido uma ferramenta transformadora no setor de saúde, promovendo melhorias na acessibilidade, eficiência e qualidade dos serviços prestados, abrangendo ferramentas que possibilitam o monitoramento remoto dos pacientes e o treinamento contínuo de profissionais de saúde.

Pesquisadores indicam que essas tecnologias têm se mostrado particularmente eficazes no gerenciamento de doenças crônicas, pois o acompanhamento constante pode melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes, ao mesmo tempo em que reduz os custos para o sistema de saúde (Omboni et al., 2020; Kitsou et al., 2021; Taylor et al., 2021; Guan et al., 2024).

A adoção de estratégias digitais, como a eHealth, vem sendo cada vez mais reconhecida como um instrumento fundamental para a qualificação do cuidado em saúde e a ampliação do acesso da população aos serviços. De acordo com o relatório do Observatório Global da OMS

para eHealth (2016), essa abordagem é considerada essencial para a promoção da cobertura universal de saúde, especialmente por permitir o suporte a comunidades geograficamente isoladas ou carentes de profissionais de saúde.

Essa diretriz está fortemente alinhada ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Ao viabilizar o atendimento em regiões com limitações estruturais e reduzir desigualdades no acesso ao cuidado, as tecnologias em saúde fortalecem os sistemas de atenção primária, favorecendo a equidade, a prevenção e o tratamento de doenças de forma contínua e integral (Martins et al., 2024).

Destaca-se aqui, em dados internacionais, o elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial (HA) acompanhada das suas morbidades. Segundo pesquisas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% das mortes em nível global, sendo, no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) a principal causa de mortalidade (Brasil, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde implementou através da Portaria GM/MS nº 3008, em 2021, a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV) na Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de controlar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco (Brasil, 2021).

Ao analisar ações em telessaúde para essa população, identificamos experiências como: VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), CARMEM (diagnóstico sobre a prevalência de fatores de risco para DCV), Rede Telessaúde (conectar hospitais públicos de ensino com secretarias de saúde), Projeto Minas Telecardio (envio de eletrocardiogramas para análise em hospitais universitários), MEGAcountry (sistema de vigilância, monitoramento de fatores de risco para DCNT), mHealth (Oliveira et al., 2019; Kozik; Isakadze; Martin, 2021; Malta et al., 2022; Piropo; Ramos, 2024).

O acesso aos serviços de saúde enfrenta várias barreiras, sendo o transporte uma das mais significativas, especialmente para pacientes com doenças crônicas que precisam de consultas regulares e ajustes de medicamentos e condutas. A falta de transporte confiável, a distância até centros médicos e os altos custos dificultam o acesso, principalmente em áreas rurais, onde a distância até centros médicos reduz a utilização dos serviços e piora os resultados de saúde. A telessaúde surge como uma solução promissora, facilitando o atendimento e o monitoramento contínuo, essencial para o manejo de doenças crônicas, inclusive reduzindo o número de hospitalizações (Barbosa et al., 2020; Stoltzfus et al., 2023).

Outro fator contribuinte para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde tem sido o fracasso do sistema de segurança e justiça. A intensificação dos conflitos entre facções criminosas afeta profundamente a vida cotidiana de moradores, trabalhadores e servidores públicos nos territórios em disputa. A violência gera “fronteiras invisíveis” que limitam a circulação e impactam as relações sociais, transformando esses locais em zonas sem presença efetiva do Estado, comprometendo direitos fundamentais e restringindo a liberdade dos moradores, mesmo sem ligação com o crime. Tal realidade dificulta o acesso a serviços essenciais, como os de saúde, o que torna inviável a realização de acompanhamentos médicos regulares, o controle de doenças crônicas e o acesso a cuidados preventivos, agravando vulnerabilidades sociais e comprometendo a efetividade das ações de saúde pública nesses territórios (Silva Filho; Mariano, 2020; Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, 2016).

A telemedicina configura-se como um domínio focado na aplicação de tecnologias e sistemas que permitem a prestação remota de serviços de saúde. Nesse contexto, emerge como uma ferramenta de extrema relevância para situações envolvendo pacientes com mobilidade limitada ou regiões de difícil acesso (Kur; Silva; Pinho, 2023).

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de ampliar e fortalecer o uso da telessaúde como estratégia para superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, para pacientes com HA residentes em regiões geográficas que apresentam distanciamento significativo das Unidades de Atenção Básica e dos pacientes que enfrentam barreiras econômicas e sociais que limitam o acesso oportuno a atendimentos médicos, exames, tratamentos e ações de prevenção.

O presente estudo justifica-se pela importância da existência de um protocolo de telemonitoramento que possa nortear e padronizar o acompanhamento desses pacientes pelos profissionais de saúde. Dessa forma, a pesquisa busca contribuir para a implementação de políticas públicas mais eficazes e para a otimização dos serviços de saúde na APS, visando aprimorar a qualidade da assistência prestada, a equidade no cuidado à população, a integralidade da assistência e a redução de danos advindos da ausência de acompanhamento dos pacientes com HA.

A trajetória profissional da pesquisadora na Estratégia Saúde da Família (ESF) é caracterizada pela vivência direta dos desafios inerentes à atenção integral, com ênfase no manejo de condições crônicas como a Hipertensão Arterial (HA). Ao longo dessa atuação, evidenciaram-se lacunas nos processos assistenciais e no acompanhamento longitudinal dos usuários, cenário que se tornou mais crítico durante a pandemia de COVID-19. No âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF), essa experiência prática convergiu para

uma reflexão teórica aprofundada. A utilização da Matriz de Priorização de GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) junto à equipe de atuação permitiu identificar, de forma sistemática, a necessidade premente de qualificar o monitoramento da HA na Atenção Primária à Saúde (APS).

A partir dessa inquietação e da necessidade de embasar uma intervenção resolutiva, delineou-se a seguinte questão norteadora: *“Quais os itens que compõem os protocolos existentes para o atendimento voltado à pessoa com HA na APS?”* (Melo, 2025). A busca por essa resposta revelou que, embora existam diretrizes consolidadas para o manejo clínico presencial, há uma escassez de instrumentos validados que orientem o acompanhamento remoto e sistemático desses pacientes no contexto brasileiro (Caetano et al., 2020).

Diante dessa constatação, a construção e validação de um protocolo de telemonitoramento voltado à HA surge como uma resposta estratégica e inovadora às demandas do território e do serviço, visando ampliar a resolutividade e garantir um cuidado continuado e seguro. No cenário de Fortaleza-CE-Brasil, local em que a teleeducação e a segunda opinião formativa já são consideradas realidades consolidadas, este trabalho alinha-se às práticas vigentes no município, propondo o uso da tecnologia para o monitoramento clínico ativo.

Nesse contexto, o telemonitoramento assume uma relevância assistencial estratégica: a estabilização dos níveis pressóricos é condição indispensável para a prática odontológica segura, visto que intervenções clínicas são frequentemente adiadas em decorrência de quadros de descompensação extrema. Assim, a ferramenta aqui proposta transcende a gestão clínica isolada, consolidando-se como um dispositivo de segurança assistencial pautado na colaboração interprofissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir um protocolo, com evidência de validade e qualidade, para o telemonitoramento do hipertenso atendido em Unidade de Atenção Primária em Saúde.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.1 Identificar os elementos essenciais para o telemonitoramento na área da HA na APS por meio de uma revisão de escopo;

2.2.2 Validar, com juízes, o conteúdo e a qualidade do protocolo de telemonitoramento direcionado à HA na APS.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Este capítulo aborda o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no acompanhamento da Hipertensão Arterial (HA), enfatizando estratégias integradas para seu enfrentamento, incluindo a adoção de protocolo clínico e o uso de tecnologias digitais como a telessaúde. São discutidos os

desafios da APS no manejo de doenças crônicas, os avanços na qualificação do cuidado por meio da saúde digital e as potencialidades da telessaúde na ampliação do acesso, melhoria da adesão ao tratamento e fortalecimento da resolubilidade das equipes.

A análise considera também aspectos operacionais, legais e éticos da teleconsulta e a importância da estruturação de processos e fluxos assistenciais. O conteúdo fundamenta a proposta do presente projeto de pesquisa, que visa contribuir para o aprimoramento das práticas no acompanhamento de pessoas com HA no âmbito da APS.

#### **3.1 Atenção Primária em Saúde e as estratégias para acompanhamento da Hipertensão Arterial (HA)**

A atenção à saúde de doenças crônicas é um grande desafio para as equipes de Atenção Básica devido à sua alta prevalência, causas multifatoriais e necessidade de abordagens integradas que envolvam profissionais de diversas áreas e o engajamento de indivíduos, famílias e comunidades. Para enfrentar esse desafio, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diretrizes, ferramentas e metodologias de apoio, além de promover a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com o objetivo de qualificar o cuidado integral por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (Brasil, 2023).

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são enfermidades crônicas que acometem o coração e os vasos sanguíneos, e estão relacionadas a diversos fatores de risco como: tabagismo, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, hipertensão e diabetes. De sintomatologia muitas vezes silenciosa, é considerada a principal causa de morte no mundo e a hipertensão representa seu principal fator de risco. Países de baixa e média renda possuem o maior número de mortes por esta razão, cerca de três quartos da taxa mundial. Geralmente, os pacientes têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde e recebem um diagnóstico tardio; além disto, as DCV são doenças de alto custo de tratamento, interferindo na economia familiar de quem a possui (Rosende et al., 2022, Opas, 2025; Damázio et al., 2024).

A HA é uma condição clínica crônica, comum, multifatorial e silenciosa, frequentemente associada a distúrbios metabólicos e lesões em órgãos-alvo como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. Sua evolução pode levar a eventos cardiovasculares

importantes, sendo agravada por fatores como obesidade abdominal, dislipidemia, intolerância à glicose e diabetes mellitus. Trata-se de um importante problema de saúde pública, com impacto significativo na qualidade de vida e na mortalidade da população (Rosa et al., 2022; Costa; Correia, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro ponto de contato do cidadão com o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem o potencial para desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado. Diante do cenário das DCV no Brasil foi criada a Estratégia de Saúde Cardiovascular (ECV), que possui os objetivos de qualificar o atendimento integral para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares na APS; apoiar ações voltadas para a prevenção e controle das DCV na APS, com foco em fatores de risco como Hipertensão Arterial; promover o controle da pressão arterial; melhorar a adesão ao tratamento e reduzir complicações, internações e mortes associadas às doenças cardiovasculares (Brasil, 2022).

Para tanto, o estabelecimento de protocolos de avaliação e monitoramento desses agravos é fundamental para padronização das condutas baseadas nos referenciais científicos mais atuais. Nesse sentido, alguns preceitos básicos devem estar presentes como escopo básico para construção de protocolos, como dados acerca de caracterização do paciente, visando um tratamento individualizado, anamnese contendo dados de história clínica, dados do exame físico, contendo sinais e sintomas e fármacos em uso e suas posologias (Hartzband; Groopman, 2020; Moraes; Vasconcelos; Imbiriba, 2021; Guedes et al., 2023; Matos et al. 2021). Adicionalmente, pode-se inserir instrumentos para aferir a adesão ao tratamento, como o Teste de Morisky (Morisky; Green; Levine, 1986). Sua aplicação na teleconsulta é estratégica para identificar comportamentos que podem comprometer o sucesso terapêutico e possibilitar intervenções direcionadas (Cruz et al., 2022), otimizando o acompanhamento e incentivando o cumprimento do tratamento prescrito. Uma seção referente aos exames laboratoriais deverá ser incorporada com o objetivo de oferecer uma visão global do estado de saúde do paciente. A análise laboratorial permite a detecção precoce de alterações metabólicas, avaliação da função orgânica, controle dos níveis séricos e acompanhamento da resposta terapêutica (Heidenreich et al., 2022). Esses dados qualificam ainda mais a tomada de decisão clínica, garantindo um cuidado personalizado e assertivo.

Quando da elaboração de um protocolo terapêutico, a participação de especialistas no processo de validação do protocolo se mostra indispensável para ampliar a qualidade do instrumento. A colaboração destes profissionais contribui para assegurar que os cuidados prestados via teleconsulta mantenham equivalência com aqueles ofertados presencialmente, identifiquem eventuais lacunas, proponham melhorias e verifiquem a viabilidade operacional.

Ademais, o respaldo técnico e científico advindo dessa validação fortalece a aceitação e a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo, favorecendo sua implementação efetiva no acompanhamento de pessoas com HA (Vasconcelos, 2023).

As inovações tecnológicas, especialmente a telessaúde e as tecnologias da informação e comunicação, têm promovido transformações significativas no cuidado dessas condições. Ferramentas como sistemas de monitoramento remoto, comunicação síncrona e assíncrona e aplicativos de promoção à saúde favorecem a gestão contínua das doenças, melhorando a adesão ao tratamento e a efetividade terapêutica. A incorporação dessas tecnologias aos protocolos de cuidado possibilita abordagens mais personalizadas, fortalece a autonomia dos pacientes e contribui para um modelo de atenção mais integral, acessível e centrado no paciente, resultando em melhores desfechos clínicos e maior eficiência dos serviços de saúde (Silva, 2024; Coelho et al., 2023).

A American Heart Association reconhece as tecnologias móveis de saúde (mHealth) como uma abordagem emergente e eficaz na redução dos fatores de risco da hipertensão e na promoção da saúde coletiva. As tecnologias mHealth têm como finalidades a prevenção, a identificação precoce, o controle clínico da hipertensão e o incentivo ao autocuidado, à educação e ao engajamento dos pacientes. Entre essas ferramentas, destaca-se o monitoramento remoto, que, ao apoiar o acompanhamento contínuo dos pacientes por equipes multiprofissionais qualificadas, potencializa a qualidade do atendimento, possibilita ajustes terapêuticos por teleconsultas e promove a conscientização dos pacientes e cuidadores sobre a condição de saúde (Kozik; Isakadze; Martin, 2021; Costa; Correia, 2021).

### **3.2 Potencialidades na aplicação da teleconsulta na APS**

Um dos desafios para a sustentabilidade e qualificação do SUS é o fortalecimento da APS, que oferece cuidados integrais e acessíveis, essenciais para melhorar a eficiência e efetividade do sistema, especialmente para populações vulneráveis. No Brasil, um dos maiores desafios da saúde pública é garantir a universalidade do SUS, que atende quase 200 milhões de pessoas. Apesar de ser acessível a todos, incluindo estrangeiros, o acesso aos serviços de saúde varia entre as regiões. Contudo, iniciativas de telessaúde têm surgido para ajudar a reduzir essa desigualdade no atendimento. Esforços têm sido feitos para qualificar a APS, como a melhoria de estruturas físicas, fornecimento de equipamentos e valorização de profissionais de saúde. Entre as iniciativas, destaca-se o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2010 para promover educação permanente e apoiar a resolubilidade da atenção prestada, com foco

na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Campos et al., 2009; Sarti; Almeida, 2022; Márquez, 2023).

A telessaúde pode funcionar como um canal de comunicação, tanto síncrona quanto assíncrona, proporcionando um ambiente de cuidados humanizados e centrados no paciente. Ao se ajustar às preferências dos usuários, ele oferece uma experiência mais significativa e personalizada, em contraste com a rapidez e impessoalidade típicas de muitos aplicativos. Esse campo tem o potencial de combater desigualdades em saúde, especialmente em países em desenvolvimento, embora possa apresentar desafios de qualidade semelhantes aos do atendimento presencial. O que realmente define a assistência centrada no paciente é a atenção às suas necessidades, independentemente do ambiente, incluindo os mediados pela tecnologia, que podem promover a dignidade humana (Santos et al., 2012; Márquez, 2023).

A saúde digital representa a integração de tecnologias digitais com a área da saúde, o cuidado com o paciente, a qualidade de vida e a sociedade, com o objetivo de proporcionar serviços de excelência. Ela surge como uma solução promissora para os desafios da atenção primária, proporcionando cuidados holísticos, centrados no paciente e personalizados (Neves; Burguers, 2022).

Nos últimos anos, políticas de educação permanente têm sido implementadas para qualificar a atenção prestada na APS, destacando o telessaúde como uma ferramenta essencial para aumentar a resolubilidade das redes de saúde. Recursos financeiros foram destinados à implantação de núcleos estaduais, um canal nacional gratuito para teleconsultorias, capacitação de profissionais e materiais educativos. Apesar do alcance significativo dessas ações, a desigualdade e a baixa adesão de muitas equipes ainda limitam a efetividade do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Sarti; Almeida, 2022).

A implantação da telessaúde oferece aos profissionais de atenção primária a oportunidade de consultar especialistas para discutir casos clínicos, o que melhora a qualidade do atendimento ao paciente, sendo possível avaliar a necessidade de atendimento presencial ou encaminhar para um especialista. Isto amplia as habilidades dos profissionais e os torna mais capacitados para fornecer um atendimento de maior qualidade (Santos et al., 2012; Porto Alegre, 2020).

Na enfermagem, a teleconsulta foi regulamentada no Brasil pelo COFEN, inicialmente pela Resolução No. 634/2020 e ampliada pela No. 696/2022, alinhando-se às normativas como a Resolução No. 358/2009, que estabelece o Processo de Enfermagem (PE) com cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A consulta e a

teleconsulta devem ser registradas formalmente, com dados, diagnósticos e resultados, além de exigir o termo de consentimento do paciente (Zluhlán et al., 2023).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a teleconsulta de enfermagem fortalece atributos como acesso, continuidade, integralidade e coordenação, permitindo um atendimento de saúde mais acessível, seguro e eficaz. A teleconsulta deve adotar o mesmo processo utilizado na consulta presencial de Enfermagem, envolvendo as etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução do cuidado de enfermagem. Os enfermeiros da APS demonstram habilidades no cuidado remoto, avaliando a saúde dos pacientes, identificando sinais de agravamento e oferecendo escuta ativa através do teleatendimento, além de seguir protocolos e diretrizes clínicas (Sousa et al., 2024).

Na avaliação de enfermagem, recomenda-se usar perguntas abertas para coleta de dados, preferencialmente com o paciente, e obter consentimento para envolver familiares ou cuidadores, se necessário. Após a avaliação, é fundamental identificar os diagnósticos de enfermagem e elaborar um plano de cuidados. Quando capacitado, o enfermeiro pode realizar uma teleconsulta de enfermagem eficaz, identificando diagnósticos precisos e propondo intervenções apropriadas. A evolução de enfermagem envolve avaliar os resultados alcançados em saúde, permitindo a revisão do processo. Além disso, é importante realizar o monitoramento reflexivo da teleconsulta, identificando falhas nos recursos tecnológicos ou na conduta profissional para melhorar futuras consultas (Sousa et al., 2024).

A teleconsulta médica foi considerada adequada para diversos contextos, como a avaliação de problemas de saúde menos complexos ou crônicos, consultas de acompanhamento, transtornos mentais, ajustes ou introdução de medicações, orientações em saúde, emissão de documentos médicos e análise de exames complementares, entre outras situações (Pereira; Santos, 2023).

Os protocolos de telessaúde funcionam como diretrizes padronizadas, assegurando organização e aprimorando a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes. Para realizar teleconsultas, os profissionais de saúde podem utilizar equipamentos como computadores, notebooks, tablets, telefones fixos ou celulares com acesso à internet. Entre os softwares de comunicação, o WhatsApp é amplamente utilizado para a troca de informações entre médicos e pacientes (SMS-POA, 2020) e já foi autorizado pelo Conselho Federal de Medicina para orientações clínicas privadas, conforme o Parecer Nº 14/2017. Na ausência de plataformas específicas fornecidas pela gestão, profissionais de saúde podem recorrer ao WhatsApp, preferencialmente em sua versão Business com autenticação em duas etapas. Para atender usuários com queixas clínicas, recomenda-se priorizar videochamadas ou, pelo menos,

chamadas de voz. O WhatsApp, desenvolvido pela empresa Facebook, é um aplicativo gratuito para smartphones que oferece mensagens instantâneas, chamadas de voz e vídeo, além do compartilhamento de mídias e documentos. Sua versão Business inclui ferramentas úteis para organizar atendimentos, como exibição de endereço e horários de funcionamento, integração com telefone fixo, mensagens automáticas, etiquetas para contatos e análise estatística de interações. Classificado pelo Departamento de Saúde dos EUA como um "produto de comunicação remota não-público", o WhatsApp garante segurança com criptografia de ponta a ponta e recursos como acesso por reconhecimento facial ou digital e autenticação em duas etapas (Rio Grande do Sul, 2021).

Para organização e planejamento das teleconsultas, algumas etapas devem ser seguidas como: planejamento e pactuações, preparação da tecnologia, inclusão da teleconsulta no processo de trabalho e treinamento e teste. A implementação de telessaúde na Atenção Básica exige uma série de decisões estratégicas para garantir a sua eficácia e organização. Primeiramente, a equipe de saúde deve tomar decisões compartilhadas sobre a oferta do serviço e registrar essas deliberações em ata, comunicando posteriormente ao Coordenador de Atenção Básica do município. É essencial que se defina claramente quais profissionais estarão envolvidos no processo e qual será a carga horária destinada a cada um. Além disso, é necessário estipular quem será responsável pela gestão da agenda de teleconsultas. É crucial determinar se o acesso à teleconsulta será aberto a toda a população ou restrito a determinados grupos de usuários (Porto Alegre, 2020).

Para a organização do fluxo de trabalho, a equipe deve definir como será o processo de solicitação das teleconsultas e pactuar os fluxos necessários para o envio de atestados, prescrições, solicitações de exames, entre outros documentos. Por fim, é fundamental garantir que todos os membros da equipe estejam cientes dos benefícios e limitações da teleconsulta, para que possam repassar essas informações de forma clara e precisa aos usuários, promovendo um atendimento de qualidade e adequado às necessidades da comunidade. Para a realização da teleconsulta, é necessário garantir o acesso a recursos tecnológicos como linha telefônica, celular ou computador com câmera, internet estável e prontuário eletrônico. Os profissionais de saúde devem ser responsáveis pelo uso dos equipamentos, que devem estar protegidos por antivírus. Também é essencial disponibilizar um e-mail da Unidade Básica de Saúde (UBS) para comunicação e envio de documentos. Por fim, deve-se escolher e instalar um software adequado para as teleconsultas, com a plataforma sendo acordada entre profissional e paciente. (Porto Alegre, 2020).

A teleconsulta é uma alternativa eficaz em diversas situações de saúde, proporcionando atendimento à distância e evitando deslocamentos desnecessários. Ela pode ser utilizada para monitorar casos que exijam isolamento domiciliar, em instituições de longa permanência com apoio de funcionários, e quando o risco de deslocamento à UBS é maior do que o risco de permanecer em casa, como em pacientes com múltiplas doenças ou em tratamento oncológico. A ferramenta também é útil para o acompanhamento de doenças crônicas, consultas de puericultura, renovação de receitas, aconselhamento em saúde mental, revisão clínica e encaminhamentos para especialidades. A teleconsulta não é indicada em situações de emergência clínica, como AVC, infarto, trauma, dificuldade respiratória súbita, ou tentativas de suicídio. Também não deve ser utilizada para gestantes em pré-natal, recém-nascidos em primeira consulta, crianças com risco médio ou alto. Além disso, é inadequada para pacientes com doenças crônicas descompensadas, imunossuprimidos, e para aqueles que não têm capacidade de utilizar a tecnologia necessária ou enfrentam problemas de conexão. A teleconsulta também não deve ser usada quando há insegurança no uso da tecnologia por parte do paciente ou profissional (Rio Grande do Sul, 2021).

Para garantir a efetividade das teleconsultas, é essencial realizar treinamento e capacitação com os profissionais envolvidos, permitindo que estejam preparados para lidar com as ferramentas e protocolos necessários. Além disso, é importante realizar simulações de teleconsultas com os membros da equipe da UBS para testar o processo e identificar possíveis falhas. Durante esse período de testes, o fluxo de trabalho da teleconsulta deve ser registrado, destacando sugestões de melhorias e ajustes necessários, que serão implementados em uma nova rodada de testes. A segurança dos dados sensíveis também deve ser uma prioridade, recomendando-se o uso de plataformas que garantam a proteção dessas informações (São Paulo, 2020).

É crucial ter um plano de contingência para emergências durante a teleconsulta. Isso inclui obter o endereço atual do paciente, garantir contatos atualizados de familiares, e assegurar que a equipe conheça os serviços de referência para encaminhamentos. Em emergências, deve haver orientação para que o responsável ou profissional contate o SAMU, se necessário (Brasil, 2012).

Para uma teleconsulta eficaz, é necessário garantir um ambiente privado e sem interrupções, e orientar o paciente a fazer o mesmo. O profissional deve estar identificado, com fundo neutro e a distância adequada para a visualização completa. Verificar a identidade e motivo da consulta, e se a modalidade (texto, áudio ou vídeo) está correta. Ter o prontuário aberto, revisar o histórico e exames, e confirmar o endereço e contato de um responsável.

Utilizar fones de ouvido em consultas por áudio ou vídeo para melhorar a comunicação e evitar ruídos (CRMDF, 2020).

Na teleconsulta, o profissional deve se apresentar, verificar se o paciente está em um ambiente adequado e com boa conexão. Caso contrário, agendar novamente. Os demais profissionais envolvidos devem ser apresentados, deve certificar-se de que o paciente compreendeu as informações e deve obter seu consentimento para a consulta. Caso o paciente não aceite, deve-se registrar a recusa. É indispensável instituir uma comunicação clara durante a teleconsulta e realizar o exame físico dentro das limitações do formato. Por vídeo, é possível apreciar se o paciente dispõe de instrumentos para verificar sinais vitais, como termômetro, glicosímetro, esfigmomanômetro ou oxímetro. Além disso, devem ser observados aspectos como a fala (voz), aparência geral no vídeo (como rubor, palidez ou cianose) e sinais de alerta relatados, como falta de ar ou dificuldade ao falar. Caso os sinais de gravidade não possam ser descartados, recomenda-se encaminhar o paciente para uma avaliação presencial na unidade de saúde ou atendimento de emergência. Registrar no prontuário as tentativas de contato e ajustar a duração da consulta próxima da duração no consultório, variando conforme limitações durante uso das ferramentas (CRMDF, 2020).

Todo atendimento realizado via tecnologia de comunicação deve ser registrado no prontuário, preferencialmente eletrônico, contendo as seguintes informações: nome completo do usuário, tipo de atendimento (teleconsulta), dados clínicos relevantes para o caso, a tecnologia utilizada, data e hora de início e término, número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação, e a forma de consentimento escolhida pelo usuário (Rio Grande do Sul, 2021).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica, voltada para a criação, análise e validação de instrumentos ou estratégias específicas. Esse tipo de estudo possibilita o aprimoramento dos métodos utilizados, contribuindo para uma organização mais precisa e segura dos dados coletados. Quando aplicada, essa metodologia permite desenvolver e avaliar de forma sistemática o instrumento proposto, garantindo maior rigor e confiabilidade aos resultados (Polit; Beck, 2019).

Uma tecnologia voltada para o cuidado deve, em sua metodologia, estabelecer uma articulação coerente entre os conhecimentos que a fundamentam, o produto que se pretende desenvolver e os objetivos que esse produto busca alcançar, assegurando, assim, sua efetividade e qualidade (Moreira et al., 2018).

Assim, esta pesquisa propôs a construção e evidências de validade de um protocolo para telemonitoramento voltado ao manejo da HA na APS.

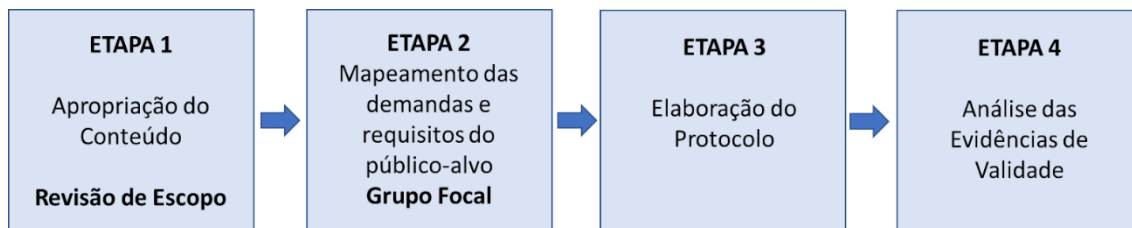
A metodologia empregada foi dividida em etapas e permitiu a criação e validação do protocolo com a participação de especialistas em tecnologias para a saúde, considerando dimensões assistenciais, educacionais e gerenciais, possibilitando sua aplicação em diferentes contextos clínicos e científicos. A pesquisa utilizou uma abordagem mista, combinando dados quantitativos como, número de itens avaliados e qualitativos, como a opinião dos juízes quanto ao protocolo (Polit; Beck, 2011; Polit; Beck, 2019).

### **4.2 Período**

A pesquisa seguiu com execução de outubro de 2024 a fevereiro de 2026, com destaque para a coleta de dados que aconteceu após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB.

### **4.3 Etapas da Elaboração do Protocolo de Telemonitoramento voltado para HA na APS**

Com o intuito de facilitar a compreensão do percurso desenvolvido na pesquisa, foram descritas a seguir as etapas que a compõem: 1) “Apropriação do conteúdo – Revisão de Escopo”; 2) “Mapeamento das demandas e requisitos do público-alvo – Grupo Focal”; 3) “Elaboração do Protocolo”; e 4) “Análise das Evidências de Validade – Juízes”, conforme ilustrado na Figura 1.

**Figura 1:** Fluxograma das Etapas do Estudo

Fonte: Autora (2025).

#### 4.3.1 Etapa 1: Apropriação do Conteúdo

A primeira etapa da pesquisa teve como objetivo a construção do protocolo de telemonitoramento, considerando a elaboração dos aspectos iniciais que guiarão os atendimentos de pacientes diagnosticados com HA na APS e que necessitam ser resgatados para adesão ao tratamento e acompanhamento clínico. Para tal, foi realizada uma revisão de escopo ampla e criteriosa, que serviu de base para as ações subsequentes.

Revisão de escopo (Scoping Review – ScR), realizada conforme as diretrizes metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), caracteriza-se como uma abordagem amplamente utilizada nas ciências da saúde, por sua capacidade de mapear e sintetizar evidências relacionadas a um campo específico de interesse. Diferentemente das revisões sistemáticas voltadas para a identificação da melhor evidência sobre uma intervenção ou experiência em saúde, a ScR tem como objetivo agregar diferentes tipos de evidências disponíveis, explorando como foram produzidas e organizando essas informações por meio de um processo sistematizado (Cordeiro; Soares, 2020).

A metodologia proposta pelo JBI para a realização de uma ScR compreende nove etapas essenciais: (1) definição e alinhamento do objetivo e da pergunta de pesquisa; (2) desenvolvimento e compatibilização dos critérios de inclusão com o objetivo e a pergunta; (3) descrição da abordagem metodológica para busca, seleção, extração e apresentação das evidências; (4) realização da busca nas fontes de informação; (5) seleção das evidências conforme os critérios definidos; (6) extração dos dados relevantes; (7) análise dos dados extraídos; (8) apresentação dos resultados de forma clara e estruturada; e (9) elaboração de um resumo e conclusão, relacionando os achados com os objetivos da revisão e apontando suas possíveis implicações (Peters et al., 2015, 2017, 2020).

O objetivo principal da revisão de escopo foi identificar evidências científicas que apoiam a construção do protocolo de telemonitoramento para a HA. As seguintes ações foram realizadas:

- Levantamento de estudos relevantes sobre a aplicação de monitoramento remoto, com foco específico na HA, a fim de compreender as abordagens mais eficazes e adaptáveis ao contexto de telemonitoramento.
- Análise de protocolos existentes relacionados ao manejo de hipertensão em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), identificando práticas recomendadas para o controle e acompanhamento dessa condição crônica.

Ao pensar a questão problematizadora, foi proposta a elaboração da pergunta de acordo com o acrônimo PCC (População, Conceito, Contexto), onde P: pacientes em atendimento em consulta voltada para acompanhamento da HA; C: identificação do protocolo de atendimento para avaliação de componentes relacionados à HA e C: manejo e atribuições dos profissionais e possibilidades tecnológicas no atendimento na atenção primária. Portanto, a pergunta norteadora desta revisão foi: *“Quais os protocolos existentes para o atendimento voltado à pessoa com HA na APS?”*.

**Quadro 1-** Acrônimo PCC. Redenção, Ceará, Brasil, 2025

ACRÔNIMO	Palavras	DECS	MESH
P - população	Hipertensão	Hipertensão OR Hipertensão Arterial OR Hipertensão Arterial Sistêmica OR Pressão Arterial Alta OR Pressão Sanguínea Alta	Hypertension OR Blood Pressure, High OR Blood Pressures, High OR High Blood Pressure OR High Blood Pressures
C - conceito	Protocolo	Protocolos Clínicos OR Protocolo Clínico	Clinical Protocols OR Clinical Protocol OR Protocol, Clinical
C - contexto	Atenção primária	Atenção Primária à Saúde OR Primeiro Nível de Atenção OR Atenção Básica OR Atenção Básica à Saúde OR Atenção Primária OR Primeiro Nível de Atenção à Saúde	Primary Health Care OR Primary Care OR Primary Healthcare

Fonte: Autora, 2025.

A busca e seleção dos estudos foram realizadas de forma independente pela pesquisadora, nas bases de dados: Lilacs, BVS, PUBMED, Scopus, Embase e Web of Science através do acesso ao portal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(CAPES) com o acesso da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), além da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e do Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Considerando a especificidade do tema abordado na revisão, foram incluídas fontes de literatura cinzenta, como teses, dissertações, protocolos, manuais técnicos e artigos científicos dentre outros, com o objetivo de ampliar o alcance e a sensibilidade da busca nas diferentes plataformas. Foram utilizados descritores controlados, extraídos do Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Para sistematizar a estratégia de busca, foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”. Os descritores utilizados foram: Hipertensão (Hypertension), Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care) e Protocolo Clínico (Clinical Protocol).

**Quadro 2** - Estratégias utilizadas na busca eletrônica. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	Nº ARTIGOS
BVS/LILACS	((Hipertensão OR “Hipertensão Arterial” OR “Hipertensão Arterial Sistêmica” OR “Pressão Arterial Alta” OR “Pressão Sanguínea Alta”)) AND ((“Atenção Primária à Saúde” OR “Primeiro Nível de Atenção” OR “Atenção Básica” OR “Atenção Básica à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Primeiro Nível de Atenção à Saúde”)) AND ((“Protocolos Clínicos” OR “Protocolo Clínico”))	83
PUBMED	("hypertense"[All Fields] OR "hypertension"[MeSH Terms] OR "hypertension"[All Fields] OR "hypertension s"[All Fields] OR "hypertensions"[All Fields] OR "hypertensive"[All Fields] OR "hypertensive s"[All Fields] OR "hypertensives"[All Fields] OR "blood pressure high"[All Fields] OR "blood pressures high"[All Fields] OR "High Blood Pressure"[All Fields] OR "High Blood Pressures"[All Fields]) AND ("Primary Health Care"[All Fields] OR "Primary Care"[All Fields] OR "Primary Healthcare"[All Fields]) AND ("Clinical Protocols"[All Fields] OR "Clinical Protocol"[All Fields] OR "protocol clinical"[All Fields])	99
SCOPUS	( ( ( hypertension OR "Blood Pressure, High" OR "Blood Pressures, High" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures" ) ) AND ( ( "Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare" ) ) AND ( ( "Clinical Protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Protocol, Clinical" ) ) )	253

EMBASE	('hypertension'/exp OR 'hypertension' OR 'blood pressure, high'/exp OR 'blood pressure, high' OR 'blood pressures, high' OR 'high blood pressure'/exp OR 'high blood pressure' OR 'high blood pressures') AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care' OR 'primary care'/exp OR 'primary care' OR 'primary healthcare'/exp OR 'primary healthcare') AND ('clinical protocols'/exp OR 'clinical protocols' OR 'clinical protocol'/exp OR 'clinical protocol' OR 'protocol, clinical')	388
WEB OF SCIENCE	ALL=((Hypertension OR “Blood Pressure, High” OR “Blood Pressures, High” OR “High Blood Pressure” OR “High Blood Pressures”)) AND ALL=((“Primary Health Care” OR “Primary Care” OR “Primary Healthcare”)) AND ALL=((“Clinical Protocols” OR “Clinical Protocol” OR “Protocol, Clinical”))	21
BIBLIOTECA DIGITAL BRASILEIRA DE TESES E DISSERTAÇÕES	((Hypertension OR "Blood Pressure, High" OR "Blood Pressures, High" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures")) AND (("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")) AND (("Clinical Protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Protocol, Clinical"))	7
CATÁLOGO DE TESES E DISSERTAÇÕES CAPES	((Hypertension OR "Blood Pressure, High" OR "Blood Pressures, High" OR "High Blood Pressure" OR "High Blood Pressures")) AND (("Primary Health Care" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")) AND (("Clinical Protocols" OR "Clinical Protocol" OR "Protocol, Clinical"))	–

Fonte: Autora, 2025.

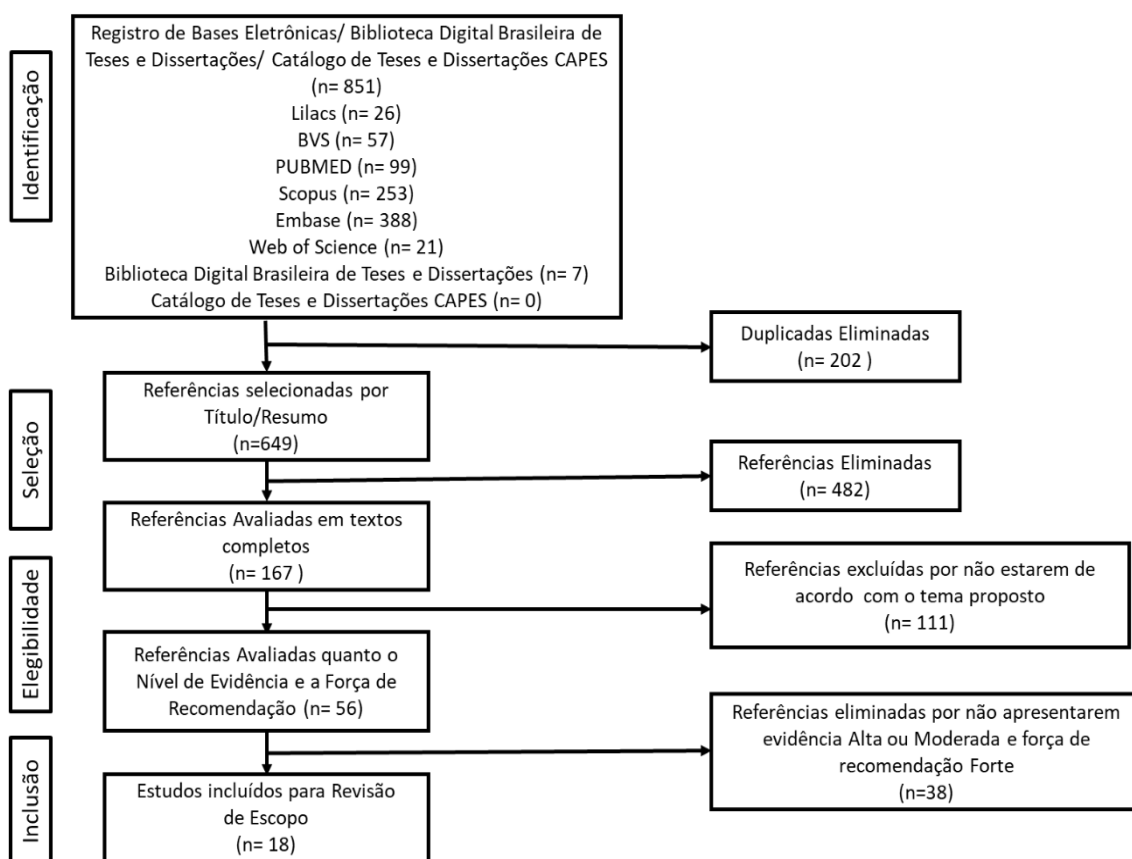
Os estudos que resultaram da busca foram exportados para o software Rayyan online e analisados por dois pesquisadores de forma independente. Qualquer divergência entre a inclusão e exclusão dos estudos foi solucionada através de uma reunião online com um terceiro avaliador.

O levantamento para confirmação dos estudos foi norteado pela questão de pesquisa, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a saber, critérios de inclusão: artigos de ensaios clínicos, teses, dissertações, protocolos, manuais técnicos dentre outros, independentes do idioma, cujos textos completos e indexados nas bases de dados citadas, sem recorte temporal. Foram excluídos da pesquisa os estudos duplicados nas bases de dados, estudos de revisão, comentários, patentes, capítulos de livros, resumos, conferências, editorial e cartas e que não estivessem de acordo com o tema proposto.

A seleção e extração das evidências dos estudos seguiram um processo sistemático, iniciado pela leitura dos títulos, seguida da análise dos resumos, leitura completa dos textos, a verificação das listas de referências dos estudos incluídos, com a finalidade de ampliar o conjunto de evidências disponíveis para a pesquisa e, por fim, foi realizada a avaliação do nível de evidência e força de recomendação. Para compor esta revisão foram considerados os estudos que apresentaram nível de evidência alto ou moderado e força de recomendação forte.

A busca de dados identificou 851 evidências incluindo a literatura cinzenta, após a aplicação dos critérios de elegibilidade obteve-se uma amostra final de 18 estudos, conforme descrito na Figura 2.

**Figura 2** - Fluxograma do Processo de Seleção dos Estudos



Fonte: Autora, 2025.

O sistema GRADE foi desenvolvido por uma rede colaborativa de pesquisadores com o propósito de estabelecer um modelo padronizado, transparente e sensível para classificar a qualidade das evidências científicas e a robustez das recomendações (Brasil, 2014). Assim, para avaliar o grau de evidência e a força das recomendações deste estudo, será utilizado o manual do “Sistema GRADE”, conforme ilustrado nos Quadros 1 e 2 (Brasil, 2014).

**Quadro 3** - Nível de Evidência dos Estudos. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>ALTO</b>	Evidências derivadas de múltiplos ensaios clínicos randomizados de alta qualidade metodológica, com resultados concordantes, e/ou provenientes de metanálises rigorosas fundamentadas em estudos clínicos randomizados.
<b>MODERADO</b>	Evidências originadas de metanálises com menor rigor metodológico, de ensaio clínico randomizado único ou de estudos observacionais não randomizados.
<b>BAIXO</b>	Evidências provenientes de ensaios clínicos com limitações metodológicas moderadas, bem como de estudos observacionais do tipo coorte e caso-controle.
<b>MUITO BAIXO</b>	Evidências baseadas em consenso de especialistas, com confiabilidade muito restrita quanto à estimativa do efeito. Podem incluir estudos com limitações metodológicas severas ou evidências indiretas.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

**Quadro 4** - Força de Recomendação dos Estudos. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>FORTE</b>	A intervenção é fortemente recomendada, uma vez que a maioria dos pacientes tende a se beneficiar, com evidências consistentes indicando que os benefícios superam de forma significativa os riscos ou danos potenciais.
<b>FRACO</b>	A recomendação é condicional, podendo variar conforme as preferências dos pacientes, os custos envolvidos ou a disponibilidade de recursos. A relação entre benefícios e riscos é mais equilibrada ou apresenta incertezas.

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

#### 4.3.2 Etapa 2: Mapeamento das demandas e requisitos do público-alvo.

Essa etapa foi realizada por meio da aplicação da técnica de grupo focal, com o objetivo de identificar as necessidades concretas do público-alvo para embasar a elaboração do Protocolo. Esse método permitiu a coleta de dados em ambiente coletivo, promovendo discussões e a produção de informações descritivas a partir da interação entre os participantes ao debaterem o tema central do estudo. A troca entre os membros do grupo favorece a construção de conhecimento e a compreensão de aspectos e acontecimentos que, por vezes, não estão claramente perceptíveis nas experiências individuais dos participantes (Oliveira et al., 2020).

Conforme apontam Bauer e Gaskell (2002) e Gatti (2005), o grupo focal consiste na reunião de um número específico de pessoas, pertencentes à população-alvo da pesquisa, em

um mesmo espaço e tempo, com a finalidade de gerar dados relevantes que contribuam para o aprofundamento do entendimento sobre o objeto de estudo.

No que tange à composição do grupo focal, a literatura metodológica, notadamente Krueger e Casey (2015), admite a viabilidade de grupos menores, compostos por 3 a 4 participantes. Essa configuração é particularmente recomendada quando o objeto de estudo exige um elevado nível de especialização técnica ou uma experiência profissional profunda por parte dos sujeitos, permitindo que cada interveniente exponha suas percepções de forma exaustiva e detalhada. Além de contornar eventuais dificuldades de recrutamento de públicos muito específicos ou de difícil acesso, como profissionais de saúde em contextos assistenciais, a utilização de grupos reduzidos otimiza a qualidade da interação e a fluidez da moderação. Tal abordagem evita a dispersão do debate e possibilita a captura de nuances e detalhes técnicos essenciais para o aprimoramento do objeto em estudo, os quais poderiam ser omitidos em grupos mais numerosos, garantindo, assim, a robustez e a profundidade analítica necessárias à pesquisa.

Os participantes do grupo focal foram escolhidos, de forma intencional e por conveniência, dentre profissionais atuantes no atendimento presencial a pacientes com hipertensão na APS e profissionais que utilizam teleconsulta ou outros recursos tecnológicos, sendo contatados e convidados por meio de *email*. Participaram deste momento, no total, dois médicos e dois enfermeiros.

No contato inicial, foi explicado o objetivo da pesquisa, buscando sensibilizar os participantes sobre a importância de sua colaboração por meio de um link que continha uma Carta-Convite (APÊNDICE A). Os profissionais que concordaram em participar, receberam por *email*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), contendo todos os esclarecimentos sobre o estudo, conforme descrito anteriormente. Após aceitarem participar, responderam a um instrumento para caracterização de atuação profissional (APÊNDICE C), que incluiu um campo para o agendamento da data e horário de preferência para o encontro do grupo focal.

A escolha das categorias profissionais ocorreu devido ao seu papel como profissionais da assistência direta aos hipertensos e educadores em saúde dentro da equipe multidisciplinar, utilizando estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos e complicações no atendimento a pacientes com HA na APS. Nesta etapa, foram incluídos profissionais com, no mínimo, um ano de experiência na APS. Foram excluídos aqueles que estavam afastados por licença médica, licença maternidade ou outros motivos que os impedissem de exercer suas atividades laborais no momento da coleta de dados.

Para a condução desta etapa da pesquisa, foi adotado um roteiro previamente estruturado com base em um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE D), tendo como objetivo central compreender a atuação dos profissionais no cuidado de pacientes com hipertensão, com ênfase no acompanhamento dos riscos relacionados à falta de adesão ao monitoramento da HA na APS. Essa investigação foi guiada pelas seguintes questões:

- De acordo com sua experiência, quais são as condutas necessárias para o atendimento e monitoramento de pacientes com hipertensão utilizando a telessaúde?
- Como os protocolos de atendimento a pacientes com hipertensão arterial são utilizados na sua unidade para orientar o acompanhamento e controle da doença?
- Quais estratégias previstas nos protocolos da APS são aplicadas para lidar com pacientes que apresentam baixa adesão ao monitoramento da hipertensão arterial?

Esta etapa foi fundamental para garantir que o protocolo não fosse apenas tecnicamente correto, mas também viável e de grande importância na prática clínica para quem o utilizará no dia a dia da assistência.

Embora o Grupo Focal seja, por si só, uma técnica de interação grupal, utilizou-se uma dinâmica de facilitação ativa e participativa. A dinâmica consistiu na exposição dialógica intercalada com a produção visual. A estratégia de solicitar que os profissionais transcrevessem suas percepções em cartolinas funcionou como um disparador para o debate, permitindo que as ideias fossem materializadas, agrupadas e validadas pelo coletivo em tempo real. Essa abordagem favoreceu a horizontalidade e garantiu que as demandas levantadas refletissem o consenso do grupo sobre a prática clínica, e não apenas opiniões isoladas.

### **4.3.3 Etapa 3: Elaboração do Protocolo**

A terceira fase deste estudo foi intitulada “Elaboração do Protocolo” e consistiu no desenvolvimento de um protocolo, concebido como uma ferramenta em saúde voltada para o telemonitoramento de pessoas com HA na APS, com o objetivo de auxiliar na padronização do atendimento destes pacientes e adesão ao acompanhamento clínico de sua condição crônica.

A construção deste protocolo foi fundamentada no aprofundamento da revisão de escopo realizada na primeira etapa e nas demandas identificadas durante o grupo focal, que foi conduzido na segunda etapa, considerando a realidade da prática assistencial dos profissionais participantes.

Conforme LoBiondo-Wood (2001), o conteúdo conceitual oferece suporte e estrutura ao construto, servindo como base para a elaboração de questões que o representem de forma adequada. Dessa forma, o processo de desenvolvimento de instrumentos inicia-se com a

definição conceitual por meio da revisão da literatura, permitindo ao pesquisador compreender como estudos anteriores definiram e operacionalizaram variáveis semelhantes às do estudo em questão. Na ausência de instrumentos já existentes, cabe ao pesquisador criar um novo, baseado no conceito e em suas dimensões, para então submetê-lo à validação antes de sua aplicação em pesquisas.

#### **4.3.4 Etapa 4: Análise das Evidências de Validade**

A execução desta etapa da pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2025 a janeiro de 2026 com médicos e enfermeiros atuantes na APS.

A atuação de juízes é essencial para assegurar a consistência nos processos de avaliação das evidências de validação de tecnologias. Um juiz é reconhecido por seu conhecimento sólido e habilidades comprovadas em uma área específica. Assim, torna-se indispensável que a seleção desses profissionais considere critérios como formação acadêmica, experiência prática e contribuições científicas relevantes no tema abordado (Melo et al., 2024).

Para ser selecionado como juiz na pesquisa, o profissional precisou atender a, no mínimo, dois critérios baseados nas recomendações de Jasper (1994). Segundo o autor, um juiz em determinada área deve reunir características como: conhecimento e habilidades adquiridas por meio da experiência prática; conhecimento técnico que o qualifique como referência no tema; competência específica em determinado tipo de estudo; aprovação em testes que comprovem sua especialização; e reconhecimento formal por autoridades na área.

Além disso, conforme Melo et al. (2011), é fundamental que o juiz possua um conjunto de atributos, como conhecimento aprofundado, vivência prática significativa, elevado padrão profissional e reconhecimento por seus pares como alguém com mérito e autoridade no assunto.

Conforme já exposto, a amostra foi composta por médicos e enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), por serem os profissionais diretamente envolvidos no cuidado a pacientes com hipertensão arterial, além de exercerem papel central como educadores em saúde dentro da equipe multiprofissional. Esses profissionais utilizam estratégias voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos e complicações. Os critérios adotados para a definição e seleção dos juízes que participaram da pesquisa encontram-se organizados no Quadro 5, conforme proposto por Jasper (1994).

**Quadro 5** - Conjunto de requisitos e características para definição dos juízes. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

Requisitos	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	-Ter experiência profissional assistencial na área de assistência direta ao paciente com HA na APS por pelo menos um ano; -Ter experiência como docente na área de interesse por pelo menos um ano; -Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas em relação à temática de HA. -Ter experiência na utilização da Telessaúde na APS.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	-Ter sido palestrante ou participado de mesa-redonda em evento científico nacional ou internacional da área de interesse; -Ter orientado trabalho acadêmico de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado), com temática relativa à área de interesse;
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	-Possuir título de mestre ou doutor, com dissertação ou tese em temática relativa à área de interesse*; -Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse; -Ter autoria em artigo científico com temáticas relativas à área de interesse, em periódico classificado pela CAPES; -Participação em banca avaliadora de trabalho acadêmico de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado), com temática relativa à área de interesse.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar <i>expertise</i> na área de atuação.	-Ser profissional titulado pela Associação Brasileira de Cardiologia (SBC) ou outra sociedade relacionada à área de interesse*.
Possuir classificação alta, atribuída por uma autoridade.	-Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse; -Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à área de interesse.

Fonte: Autora (2025), adaptado de Jasper (1994).

\* Área de interesse: Construção e validação de instrumentos na área da saúde; Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde.

A definição do número adequado de especialistas envolvidos no processo de validação de conteúdo apresenta variações na literatura científica. Rubio et al. (2003), recomenda que esse número esteja entre seis e vinte avaliadores. Lynn (1986) e Westmoreland et al. (2000), por sua vez, argumentam que a quantidade deve ser estabelecida conforme a disponibilidade e acessibilidade dos juízes. Lynn (1986), especificamente, propõe que esse número varie entre cinco e dez participantes. Já Pasquali (1999) e Bertoncello (2004) indicam que seis especialistas

são suficientes para esse tipo de análise. Adicionalmente, Lynn (1986) e Bojo et al. (2004) alertam que, quanto maior o número de participantes, maior a probabilidade de divergência entre as avaliações; e, caso haja apenas três ou menos juízes, exige-se consenso absoluto quanto aos itens analisados.

Diante dessas referências, o presente estudo adotou como base as recomendações de Pasquali (1999) e Rubio et al. (2003), optando por um número de seis a vinte juízes. Assim, foi estabelecido um mínimo de seis juízes para compor o painel de avaliadores nesta etapa da pesquisa, de forma que metade dos avaliadores sejam profissionais médicos e a outra metade profissionais enfermeiros. Para captação dos especialistas, foi realizada uma busca de profissionais que possuísem os critérios pré-estabelecidos já citados, em serviços de saúde onde é realizada assistência a usuários com HA na APS. O primeiro especialista foi recrutado por conveniência e para o recrutamento dos demais utilizou-se a técnica de amostragem em “bola de neve”, por meio da qual os especialistas selecionados foram solicitados a indicar outros membros dentro da população de interesse (Polit; Beck, 2019; Lobiondowood; Haber, 2001).

Para este estudo, selecionamos oito juízes que se adequaram aos critérios estabelecidos por Jasper (1994). Destes, quatro eram enfermeiros e quatro médicos, todos atuantes na Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza. Os especialistas foram contatados via *e-mail* e receberam uma carta-convite para apresentação da pesquisa e convite para participação como juiz do protocolo construído.

Para aqueles que concordaram em participar, foi realizado o envio do TCLE para a assinatura, do protocolo construído com as orientações necessárias para a análise do instrumento e do questionário com as instruções para o preenchimento. Além do protocolo a ser avaliado, foi disponibilizado aos especialistas um formulário para a caracterização do profissional, com informações de qualificação profissional (titulação) e trajetória profissional de atuação na APS. Tal processo atende às recomendações da Resolução 466/12, acerca da ética na pesquisa científica com seres humanos.

Os juízes tiveram um prazo de 15 dias para devolução do material após o recebimento. Aqueles que não atenderam ao tempo estimado, foram excluídos da amostra final do estudo. Ao final, somente seis juízes responderam no prazo estipulado e participaram da etapa de validação da tecnologia.

Os juízes foram denominados de J1, J2, J3, J4, J5 e J6. Cada um fez a avaliação geral do Protocolo por meio do instrumento AGREE II.

O principal objetivo desta etapa metodológica foi garantir que o protocolo de telemonitoramento para pacientes com HA esteja alinhado com as práticas e a realidade da APS.

#### 4.3.4.1 AGREE II

O AGREE II surgiu como uma versão aprimorada do instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* (AGREE). Diversas instituições de destaque internacional adotam essa ferramenta para avaliar a qualidade de suas diretrizes clínicas, entre elas a OMS, a Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN), o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido, a German Agency for Quality in Medicine (AZQ) e a Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), na França (AGREE COLLABORATION, 2003).

O processo de validação adotado baseou-se nos critérios e pontuações estabelecidos pelo instrumento AGREE II, utilizado para a avaliação de diretrizes clínicas. Esse instrumento tem como finalidade analisar a qualidade metodológica de guias clínicos, orientando tanto o processo de elaboração quanto a forma de apresentação das informações. Seu principal objetivo é contribuir para o aprimoramento da qualidade da atenção em saúde (AGREE II, 2009).

Considerando as evidências mencionadas, optou-se pela utilização do AGREE II como ferramenta para embasar tanto a elaboração quanto a análise da qualidade do Protocolo proposto como produto deste projeto. Esse instrumento é estruturado em 23 itens organizados em seis domínios distintos, conforme ilustrado no Quadro 6.

**Quadro 6** - Apresentação dos itens e domínios do AGREE II. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Domínio 1 – Escopo e finalidade</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).</li> <li>2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).</li> <li>3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.</li> </ol>
<b>Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.</li> <li>5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)</li> <li>6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.</li> </ol>
<b>Domínio 3 – Rigor do Desenvolvimento</b>

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
8. Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
12. Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação
14. Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.
<b>Domínio 4 – Clareza da Apresentação</b>
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.
<b>Domínio 5 – Aplicabilidade</b>
18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.
19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.
20. Foram consideradas potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações
21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria
<b>Domínio 6 – Independência editorial</b>
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz

Fonte: Agree, 2014

A avaliação dos dados foi realizada com base na metodologia de análise de diretrizes clínicas proposta pelo próprio AGREE II. Esse instrumento, composto por 23 itens organizados em seis domínios, possibilitou que especialistas avaliassem a qualidade geral desta diretriz clínica. Para cada domínio, calculou-se uma pontuação específica, sendo que essas pontuações foram independentes entre si e não foram combinadas em um único escore global (AGREE COLLABORATION, 2009).

Na avaliação do Protocolo, os especialistas atribuíram notas aos critérios qualitativos por meio de uma Escala de Likert de três pontos, sendo: o escore 1 “discordo totalmente”, escore 2 “nem concordo nem discordo” e o escore 3 “concordo totalmente”. O cálculo da pontuação de cada domínio foi feito individualmente, somando-se os escores dos itens e aplicando-se a fórmula:  $(\text{pontuação obtida} - \text{pontuação mínima}) \div (\text{pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}) \times 100$ , conforme indicado por Brouwers et al. (2009).

Além disso, os avaliadores foram convidados a expressar sua recomendação quanto à diretriz, optando entre: "sim", "sim, com modificações" ou "não" (AGREE II, 2009). O

instrumento não estabelece um valor mínimo obrigatório para os domínios que caracterize diretrizes como de alta ou baixa qualidade. Entretanto, nesta pesquisa, definiu-se como critério de qualidade satisfatória uma pontuação igual ou superior a 75% em cada domínio, valor adotado como desempenho mínimo aceitável segundo Sousa et al. (2018). Após a aplicação do instrumento, os especialistas também puderam registrar observações, correções ou recomendações ao final da avaliação. A amostra da pesquisa contou com seis especialistas, entre médicos e enfermeiros, número condizente com a recomendação do AGREE II, que sugere no mínimo dois e preferencialmente quatro avaliadores para garantir maior consistência nos resultados.

Com base nas contribuições dos juízes, ajustes e refinamentos puderam ser feitos para assegurar a clareza, aplicabilidade e eficácia do instrumento. Além disso, foram consideradas as limitações locais, como disponibilidade de recursos e acesso à tecnologia, garantindo que o protocolo possa ser implementado de forma viável e eficaz no contexto da APS.

A análise de viabilidade do protocolo foi realizada de forma multidimensional, integrando critérios técnicos de padronização internacional à realidade operacional da assistência. Inicialmente, a viabilidade técnica foi mensurada por meio do instrumento AGREE II, especificamente através do Domínio 5 (Aplicabilidade), que permitiu avaliar sistematicamente os facilitadores e barreiras para a implementação, bem como os recursos necessários para sua execução. Complementarmente, a viabilidade prática foi refinada qualitativamente durante o Grupo Focal, no qual profissionais da ponta (médicos e enfermeiros) confrontaram o conteúdo do protocolo com o fluxo de trabalho real da Estratégia Saúde da Família e as condições de infraestrutura tecnológica das unidades. Essa triangulação de dados assegurou que o instrumento final apresentasse não apenas robustez científica, mas também exequibilidade para o telemonitoramento sistemático de pessoas com hipertensão arterial no contexto do SUS.

#### **4.4 Análise de Dados**

As informações coletadas foram organizadas no Microsoft Excel 15.0, sendo os dados apresentados em tabelas, gráficos e quadros, e analisados por meio de estatística descritiva. Quanto à análise qualitativa, os comentários feitos pelos especialistas em cada seção do instrumento foram examinados com o objetivo de aprimorar o conteúdo avaliado (Alexandre; Coluci, 2011). Com base na identificação de inconsistências, os itens foram reformulados conforme os princípios de validação preconizados por Pasquali (2013).

A análise estatística foi realizada no software R (versão 4.2.2). Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva do perfil e das respostas dos juízes, por meio de frequências absolutas e relativas.

A validade de conteúdo foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo por item (IVC-I) e do Índice de Validade de Conteúdo global (IVC-G). O IVC-I foi calculado como a proporção de juízes que atribuíram a resposta “Concordo totalmente” a cada item, em relação ao número total de juízes. Adotou-se como critério de adequação o valor  $IVC-I \geq 0,78$ , conforme recomendado por Lynn (1986) e amplamente adotado na literatura metodológica para painéis compostos por seis especialistas. O IVC-G foi obtido pela média aritmética dos valores de IVC-I, representando uma medida sintética da validade de conteúdo do instrumento como um todo. Para o IVC-G adotou-se a classificação proposta por Polit e Beck (2006), considerando valores  $\geq 0,70$  como indicativos de validade de conteúdo satisfatória em estudos de validação inicial.

A qualidade metodológica do instrumento foi avaliada por meio da aplicação dos critérios do AGREE II, cujos domínios foram pontuados de acordo com as respostas dos juízes. As pontuações foram transformadas em percentuais padronizados, possibilitando a comparação entre os domínios e a interpretação da qualidade metodológica conforme parâmetros estabelecidos na literatura.

#### **4.4.1 Aspectos Éticos**

O projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil para ser submetido à apreciação do CEP da Unilab e aprovado sob o Número do Parecer: 7.821.376 7.821.376.

A pesquisa respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

Os juízes foram abordados de forma cordial e com linguagem acessível para explicar o conteúdo da pesquisa e foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sua contribuição de caráter voluntário, com o direito de recusar-se a participar do estudo, bem como interromper sua participação no mesmo, em qualquer momento, sem que isto lhe resultasse em nenhuma penalidade.

Considerando que a pesquisa não seria desenvolvida necessariamente apenas em uma única instituição, podendo haver a possibilidade de participação de juízes oriundos de diferentes regiões do país, e não houve uso de infraestrutura física, recursos ou dados institucionais, foi solicitada a dispensa da Carta de Anuência, conforme permitido pelas normativas do Sistema CEP/CONEP.

Vale ressaltar que os participantes tiveram a garantia do sigilo e anonimato das respostas, além de esclarecimento a quaisquer dúvidas surgidas, pelo pesquisador que se responsabilizou pelo acompanhamento do estudo.

Foi resguardada com total confidencialidade a identidade dos participantes, bem como não foi causado nenhum malefício, preservando-se a integridade física, moral e ética dos participantes, esclarecendo-os através do TCLE, de forma clara e sucinta sobre os objetivos do trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi emitido em duas vias, sendo uma destinada ao(a) participante e outra mantida pelo pesquisador responsável. Este Termo foi enviado ao participante por meio de e-mail, no qual foi possível realizar o download de uma via para sua guarda.

Também foi esclarecido que a participação seria voluntária e, portanto, não haveria nenhum tipo de remuneração. Além disso, assegurou-se que as informações obtidas através deste estudo seriam utilizadas única e exclusivamente para os fins científicos.

Esta pesquisa contou com etapas desenvolvidas em ambiente virtual, utilizando ferramentas digitais para coleta de dados, como formulários eletrônicos. Conforme as orientações do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, todas as atividades foram planejadas de forma a assegurar a privacidade, o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado em formato digital, com aceite eletrônico livre, esclarecido e registrado. Reconheceu-se que, por se tratar de ambiente virtual, havia riscos potenciais relacionados ao vazamento, interceptação ou uso indevido de dados. Para minimizar esses riscos, foram adotadas estratégias de segurança da informação, como o uso de plataformas seguras com autenticação de acesso, armazenamento protegido por senha e criptografia, antivírus atualizado nos dispositivos utilizados, e acesso restrito às informações por parte da equipe de pesquisa. Os dados coletados foram armazenados temporariamente em nuvem segura e em pendrive criptografado, ambos de uso exclusivo da pesquisadora. Ao término da pesquisa, os dados serão armazenados por 5 anos e após esse período serão devidamente deletados da nuvem e de qualquer meio físico onde tenha sido armazenado, garantindo a eliminação segura das informações. Todos os procedimentos seguiram os preceitos éticos da Resolução CNS nº 510/2016, assegurando a proteção integral dos participantes.

Em conformidade com as diretrizes de integridade na investigação científica, o presente estudo foi conduzido sob rigorosos padrões éticos. No que concerne ao financiamento, declara-se que a pesquisa foi realizada com recursos próprios da pesquisadora, não tendo recebido

auxílios financeiros externos ou bolsas de agências de fomento que pudessem comprometer a autonomia do estudo. Relativamente aos conflitos de interesse, a autora e os orientadores declaram a inexistência de quaisquer vínculos financeiros, pessoais ou institucionais com empresas produtoras de tecnologias de saúde, indústrias farmacêuticas ou entidades privadas que pudessem influenciar a recolha, análise dos dados ou a construção do protocolo para telemonitoramento. A avaliação destes critérios foi garantida através da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, assegurando que o produto técnico foi desenvolvido com total independência intelectual e isenção, visando exclusivamente o benefício da assistência no âmbito do SUS.

#### **4.4.2 Riscos e Benefícios**

Este estudo reconhece como possíveis riscos o cansaço físico e o estresse decorrentes do esforço envolvido na leitura e no preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Para minimizar esses e outros eventuais desconfortos, os instrumentos foram aplicados de forma remota (online), e pôde ser concedido um prazo estendido para o envio das respostas, caso necessário. Além disso, foi garantido o suporte dos pesquisadores sempre que solicitado, a fim de assegurar o bem-estar dos participantes.

O benefício da participação no estudo foi relativo à implementação do protocolo de telemonitoramento em HAS na Atenção Primária à Saúde, sem a necessidade de deslocamento e melhor acessibilidade aos profissionais de saúde pelos usuários com HAS.

## 5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados conforme a descrição de cada etapa, sendo estas denominadas de: Apropriação do Conteúdo (Revisão de Escopo); Mapeamento das demandas e requisitos do público alvo (Grupo Focal); Elaboração do Protocolo e Análise das evidências de validade por juízes *experts*.

### 5.1 Etapa 1 - Apropriação do Conteúdo (Revisão de Escopo)

Como resultado da Etapa 1, obteve-se uma compreensão mais ampla e aprofundada do problema, em seu contexto, quanto ao conteúdo necessário para a construção do protocolo. Na coleta, foram extraídas as seguintes informações: título, autor e ano, país, método, nível de evidência, força de recomendação, público, objetivo do estudo e protocolo de acompanhamento (QUADROS 7 e 8).

**Quadro 7** - Estudos selecionados para compor a Revisão de Escopo. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

TÍTULO	AUTOR	ANO	PAÍS	MÉTODO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA NE*	FORÇA DE RECOMENDAÇÃO FR**
Design and justification of the Comprehensive Intelligent Hypertension Management System Evaluation study (CHESS): a cluster randomized controlled clinical trial for the treatment of hypertension in primary care	Zhang et al.	2024	China	Ensaio clínico controlado randomizado por conglomerados	Moderado	Forte

Scale up of implementation of a multidimensional intervention to enhance hypertension and diabetes care at the primary care setting: A protocol for a cluster-randomized study in Brazil	Fonseca S.F. et al.	2023	Brasil	Métodos mistos: 1. Avaliação de necessidades 2. Período basal 3. Ensaio clínico randomizado por conglomerados (ECR) 4. Estudo Qualitativo	Moderado	Forte
Diagnostic accuracy of telemedicine compared with face-to-face care in primary health care clinics in rural India: A randomized crossover trial	Verma et al.	2023	Índia	Estudo cruzado randomizado	Alto	Forte
Effect of a community-based program to accelerate referral to physicians for individuals at high risk of lifestyle-related diseases: a cluster-randomized trial	Iso et al.	2023	Japão	Estudo clínico randomizado por conglomerados	Moderado	Forte

Telemonitoring of Elderly with Hypertension and Type 2 Diabetes at the Primary Care Level: Protocol for a Multicentric Randomized Controlled Pilot Study	Mihevc et al.	2022	Espanha	Ensaio clínico multicêntrico, prospectivo, randomizado e controlado.	Moderado	Forte
Comparing pharmacist-led telemedicine and clinical care for uncontrolled high blood pressure Blood pressure: the Hyperlink 3 pragmatic cluster - Randomized Trial	Mangolis et al.	2022	Estados Unidos	Ensaio clínico pragmático, randomizado por conglomerados	Moderado	Forte
Project Active: A Randomized Controlled Trial of Personalized, Patient-Centered Preventive Care in an Urban Safety-Net Setting	Applegate et al.	2021		Ensaio clínico randomizado e controlado	Alto	Forte
Evaluating a multicomponent program to improve hypertension control in Guatemala: Study protocol for an effectiveness-	Paniagua-Avila, A et al.	2020	Guatemala	Ensaio Clínico Randomizado por Conglomerados	Moderado	Forte

implementation cluster randomized trial						
Hypertension in adults: Summary of updated NICE guidance	Boffa R.J., Constanti M., Floyd C.N., Wierzbicki A.S.	2019	Reino Unido	Publicação de Síntese de Diretriz Clínica	Alto	Forte
Evaluation and pilot implementation of essential interventions for the management of hypertension and prevention of cardiovascular diseases in primary health care in the Republic of Tajikistan	Collins, DRJ et al.	2019	Tadjiquistão	Delineamento explicativo pragmático e sequencial de métodos mistos, composto por vertentes quantitativas e qualitativas.	Moderado	Forte
A coordinated PCP-Cardiologist Telemedicine Model (PCTM) in China's community hypertension care: study protocol for a randomized controlled trial.	Xu L, Fang WY, Zhu F, Zhang HG, Liu K.	2017	China	Ensaio Clínico Randomizado Controlado por Clusters	Moderado	Forte

Team-based care for improving hypertension management among outpatients (TBC-HTA): Study protocol for a pragmatic randomized controlled trial	Santschi, V. et al.	2017	China	Ensaio Clínico Randomizado Controlado Pragmático	Moderado	Forte
Hypertension management in primary care: study protocol for a cluster randomized controlled trial.	Weltermann B, Viehmann A, Kersting C.	2015	Austrália	Ensaio Clínico Randomizado Controlado por Clusters	Moderado	Forte
Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT	Tinsel, I. et al.	2012	Holanda	Ensaio Clínico Randomizado Controlado por Clusters	Moderado	Forte

<p>Protocol for a randomised controlled trial of telemonitoring and self-management in the control of hypertension: telemonitoring and self-management in hypertension.</p>	<p>McManus RJ</p>	<p>2009</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado Controlado (RCT).</p>	<p>Moderado</p>	<p>Forte</p>
<p>The effectiveness of health coaching, home blood pressure monitoring, and home-titration in controlling hypertension among low-income patients: protocol for a randomized controlled trial.</p>	<p>Bennett H et al.</p>	<p>2009</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Ensaio Clínico Randomizado Controlado (RCT).</p>	<p>Moderado</p>	<p>Forte</p>

Hypertension Improvement Project (HIP): Study protocol and implementation challenges	Dolor R.J. et al.	2009	Estados Unidos	Estudo de Implementação com um desenho de Ensaio Clínico de Clusters, no formato de "passos paralelos" ( <i>stepped-wedge</i> ).	Moderado	Forte
JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice	Wood, D. et al.	2005	Reino Unido	Elaboração de Diretrizes Clínicas por Consenso de Especialistas.	Alto	Forte

Fonte: Autora, 2025

NE\*/ FR\*\* - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Ministério da Saúde – Brasília, Tiragem: 1ª edição – 2014.72 p.il. ISBN 978-85-334-2186-8.

**Quadro 8** - Descrição dos Achados. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

TÍTULO	PÚBLICO	OBJETIVO DO ESTUDO	PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO
Design and justification of the Comprehensive Intelligent Hypertension Management System Evaluation study (CHESS): a cluster randomized controlled clinical trial for the treatment of hypertension in primary care	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde (Usuários do Sistema), Formuladores de Políticas e Gestores de Saúde	Avaliar a eficácia e a custo-efetividade da implementação do Sistema Abrangente e Inteligente de Gerenciamento da Hipertensão	Informações demográficas, socioeconômicas, dados antropométricos, frequência cardíaca, medição da PA, histórico médico, exames laboratoriais, comportamentos de estilo de vida, aquisição de conhecimento sobre

		(CHES) em comparação com o cuidado habitual (UC) no manejo da hipertensão não controlada na atenção primária.	hipertensão, medicamentos atuais, adesão à medicação.
Scale up of implementation of a multidimensional intervention to enhance hypertension and diabetes care at the primary care setting: A protocol for a cluster-randomized study in Brazil	Profissionais e pacientes hipertensos e/ou diabéticos	Avaliar a adesão e a efetividade da implementação de uma estratégia multidimensional integrada na atenção primária à saúde para o manejo de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus no Brasil.	Avaliar a pressão arterial e a hemoglobina glicada, o desempenho funcional (teste de degrau de 2 minutos), medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura), inatividade física, consumo de álcool e tabaco e marcadores de consumo alimentar.
Diagnostic accuracy of telemedicine compared with face-to-face care in primary health care clinics in rural India: A randomized crossover trial	Pacientes, Profissionais de Saúde, Formuladores de Políticas e Gestores de Saúde	Determinar a precisão diagnóstica e a concordância de tratamento do atendimento por telessaúde em comparação com o atendimento presencial tradicional ( <i>face-to-face care</i> ) em clínicas de atenção	Idade, sexo, ocupação, registrar queixas do paciente, exames físicos, medicamentos em uso e planos de tratamento, documentar os achados do exame físico do paciente.

		primária em áreas rurais.	
Effect of a community-based program to accelerate referral to physicians for individuals at high risk of lifestyle-related diseases: a cluster-randomized trial	Participantes de Alto Risco (Público-Alvo da Intervenção), Profissionais Comunitários e Locais, Formuladores de Políticas de Saúde	Avaliar a eficácia de um programa baseado na comunidade para acelerar o encaminhamento de indivíduos identificados como de alto risco para doenças relacionadas ao estilo de vida (como hipertensão não tratada, diabetes ou dislipidemia) para a consulta médica (médico de atenção primária ou especialista).	Idade, sexo, local de residência, ocupação e composição familiar, aconselhamento em saúde, doenças relacionadas ao estilo de vida, comportamentos de risco, consumo de sal e tabagismo, fatores de risco metabólicos, distúrbios vasculares pré-clínicos, doenças clínicas evidentes, condições de estágio terminal, acamados, insuficiência cardíaca, diálise, demência, cegueira, necrose das extremidades, exames físicos, medidas de altura e peso, circunferência da cintura no nível umbilical, pressão arterial, HbA1c ou glicemia, colesterol LDL, colesterol de alta densidade e triglicerídeos, aferição de PA, aconselhamento de saúde.
Telemonitoring of Elderly with Hypertension and Type 2 Diabetes at the Primary Care Level: Protocol for a Multicentric Randomized Controlled Pilot Study	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde, Gestores de Sistemas de Saúde.	Avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e os efeitos preliminares de uma intervenção de telemonitoramento e teleapoio no gerenciamento da hipertensão e do diabetes tipo 2 em pacientes	Dados demográficos, História clínica, Fatores de risco comportamentais, Características clínicas, Qualidade de vida.

		idosos, no nível da atenção primária.	
Comparing pharmacist-led telemedicine and clinical care for uncontrolled high blood pressure Blood pressure: the Hyperlink 3 pragmatic cluster - Randomized Trial	Pacientes (Participantes do Estudo) , Profissionais de Saúde (Foco da Intervenção), Gestores de Sistemas de Saúde e Seguradoras	Comparar a eficácia e a custo-efetividade de um modelo de cuidado baseado em telessaúde e liderado por farmacêuticos com o modelo tradicional de cuidado clínico no controle da hipertensão não controlada.	Dados demográficos, avaliação do estado geral de saúde, avaliação do tratamento de PA ao longo do tempo, prescrição de medicamentos anti-hipertensivos, solicitação de exames laboratoriais e acompanhamento dos mesmos, medição de PA, recomendação de modificação de estilo de vida, monitoramento de adesão e intensificação de tratamento farmacológico quando a PA não estava na meta, acompanhamento regular em intervalos de 2 a 4 semanas até que a PA fosse controlada, intervenção com telemedicina, telemonitoramento da PA, gerenciamento da adesão ao tratamento medicamentoso feito pelo farmacêutico, revisão da medicação, aconselhamento sobre estilo de vida e nutrição.
Project Active: A Randomized Controlled Trial of Personalized, Patient-Centered Preventive Care in an Urban Safety-Net Setting	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde, Formuladores de Políticas de Saúde	Avaliar a eficácia de uma intervenção que combina aconselhamento de saúde personalizado e centrado no paciente com o uso de	Sinais Vitais, Histórico de saúde, Determinação de metas de saúde para a próxima consulta, implementar recomendações, solicitar exames laboratoriais, ajustes de medicamentos, desenvolver plano de ação personalizado,

		tecnologia (como rastreadores de atividade e suporte por telefone) para melhorar o controle de múltiplos fatores de risco cardiovascular (como hipertensão, dislipidemia e controle de peso) e aumentar a atividade física dos pacientes.	encaminhamento para especialista se necessário.
Evaluating a multicomponent program to improve hypertension control in Guatemala: Study protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized trial	Pacientes hipertensos de 36 distritos de saúde	Avaliar os desfechos clínicos e de implementação do programa de controle da hipertensão multinível e multi componente dentro do sistema de atenção primária da Guatemala.	Medição da pressão arterial, informações sociodemográficas, adesão à medicação, qualidade de vida relacionada à saúde, estilo de vida, estágios de mudança, comorbidades, uso de serviços de saúde, eventos adversos, medidas antropométricas, exposição à intervenção, cuidados colaborativos baseados em equipe, sessões de coaching em saúde, monitoramento domiciliar da pressão arterial, auditoria e feedback da pressão arterial.
Hypertension in adults: Summary of updated NICE guidance	Clínicos de cuidados primários	Resumir e destacar as principais alterações na orientação	Intervenções no estilo de vida, iniciar tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, monitoramento da

		clínica desenvolvida pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido.	pressão arterial, identificar quem encaminhar para avaliação especializada.
Evaluation and pilot implementation of essential interventions for the management of hypertension and prevention of cardiovascular diseases in primary health care in the Republic of Tajikistan	Centros de atenção primária à saúde.	<p>1. Determinar a viabilidade de implementar e avaliar intervenções essenciais para o controle da hipertensão e a prevenção de doenças cardiovasculares na atenção primária à saúde do Tadjiquistão.</p> <p>2. Avaliar a capacidade de realizar treinamentos práticos para médicos e enfermeiros de atenção primária e implementar as ferramentas HEARTS adaptadas ao Tadjiquistão, em uma região piloto do Tadjiquistão.</p> <p>3. Avaliar a mudança na prática clínica</p>	Atualizar as ferramentas de tomada de decisão clínica, avaliação do risco cardiovascular, as prescrições para modificação dos fatores de risco e o controle da pressão arterial.

		em relação às intervenções essenciais para o controle da hipertensão e a prevenção de doenças cardiovasculares após 12 meses de implementação.	
A coordinated PCP-Cardiologist Telemedicine Model (PCTM) in China's community hypertension care: study protocol for a randomized controlled trial.	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde (Foco da Intervenção), Formuladores de Políticas e Gestores de Saúde	Avaliar a eficácia e a custo-efetividade de um Modelo Coordenado de Telessaúde (PCTM - <i>Primary Care Physician-Cardiologist Telemedicine Model</i> ) na melhoria do controle da pressão arterial em pacientes com hipertensão não controlada na atenção comunitária.	Exames laboratoriais, orientação sobre estilo de vida, lembretes de medicamentos, medicamentos em uso, comorbidades, risco para doença cardiovascular.
Team-based care for improving hypertension management among outpatients (TBC-HTA): Study protocol for a pragmatic randomized controlled trial	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde e Gestores.	Avaliar a eficácia e a custo-efetividade da Atenção Baseada em Equipe (TBC - <i>Team-Based Care</i> ) no manejo da hipertensão	Aferição da pressão arterial, avaliação do estilo de vida, estímulo à adesão à medicação, orientações sobre a doença, o tratamento e o estilo de vida.

		não controlada em pacientes ambulatoriais, comparado ao cuidado habitual (UC).	
Hypertension management in primary care: study protocol for a cluster randomized controlled trial.	Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde (Foco da Intervenção), Formuladores de Políticas de Saúde.	Avaliar a eficácia de uma intervenção de manejo de hipertensão multidisciplinar e estruturada na melhoria do controle da pressão arterial em pacientes de alto risco atendidos em clínicas de atenção primária.	Aferição da pressão arterial, características sociodemográficas, fatores de risco, atividade e comportamento tabagista, adesão à medicação, detecção de hipertensão secundária, comorbidades, educação do paciente
Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT	Profissionais de Saúde (Foco da Intervenção), Pacientes (Participantes do Estudo e Beneficiários), Formuladores de Políticas e Pesquisadores	Avaliar a eficácia de um programa de treinamento de médicos (GPs - clínicos gerais) na implementação da Tomada de Decisão Partilhada (Shared Decision Making - SDM) para otimizar o tratamento da hipertensão.	Dados sociodemográficos, índice de intenção de tratar a hipertensão, adesão ao tratamento, risco cardiovascular, instrumentos de autorrelato, tomada de decisão compartilhada.

<p>Protocol for a randomised controlled trial of telemonitoring and self-management in the control of hypertension: telemonitoring and self-management in hypertension.</p>	<p>Pacientes (Participantes do Estudo), Profissionais de Saúde e Gestores</p>	<p>Avaliar a eficácia e a segurança de uma intervenção de autogerenciamento da hipertensão (self-management), que combina telemonitoramento domiciliar com a auto titulação de medicamentos (self-titration), em comparação com o cuidado habitual (medições de PA no consultório), no controle da pressão arterial.</p>	<p>Automonitoramento com telemonitoramento, aferição da pressão arterial, eventos adversos, comportamentos de saúde, percepções sobre doenças, crenças sobre medicamentos, adesão à medicação, satisfação do paciente.</p>
<p>The effectiveness of health coaching, home blood pressure monitoring, and home-titration in controlling hypertension among low-income patients: protocol for a randomized controlled trial.</p>	<p>Pacientes (Participantes do Estudo e Foco da Intervenção), Profissionais de Saúde, Formuladores de Políticas e Sistemas de Saúde.</p>	<p>Avaliar a eficácia da combinação de intervenções de telessaúde e autogerenciamento, especificamente o <i>Health Coaching</i> (aconselhamento em saúde), o Monitoramento da Pressão</p>	<p>Aconselhamento em saúde, monitorização da pressão arterial em casa e titulação da medicação em casa.</p>

		Arterial em Casa (HBPM) e a Titulação Medicamentosa em Casa ( <i>Home-Titration</i> ) para melhorar o controle da hipertensão em pacientes de baixa renda.	
Hypertension Improvement Project (HIP): Study protocol and implementation challenges	Pacientes (Participantes do Estudo e Beneficiários Finais), Profissionais de Saúde e Gestores de Clínicas, Formuladores de Políticas e Organizações de Saúde.	Avaliar a eficácia e os desafios de implementação de uma estratégia de melhoria da qualidade, o Hypertension Improvement Project (HIP), na Atenção Primária para o controle da hipertensão.	Recomendações de estilo de vida e adesão à medicação.
JBS 2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice	Profissionais de Saúde (Público-Alvo Primário), Gestores de Saúde, Pacientes (Beneficiários Finais)	Fornecer diretrizes abrangentes, baseadas em evidências e unificadas para a prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares (DCV) na prática clínica no Reino Unido.	Estimativa do risco cardiovascular, avaliação e gestão dos fatores de risco para pessoas com doença estabelecida, estilo de vida: tabagismo, dieta, álcool, atividade física, peso e distribuição de gordura corporal, exames laboratoriais.

A Revisão de Escopo realizada cumpriu o objetivo de mapear as evidências científicas que sustentam a construção de um protocolo de telemonitoramento para o manejo da Hipertensão Arterial (HA) na Atenção Primária à Saúde (APS). Conforme o quadro 5, o ano de publicação dos estudos variou entre 2005 e 2024. A análise dos 18 estudos selecionados demonstrou que o telemonitoramento é uma estratégia globalmente reconhecida e em expansão, mas que carece de padronização metodológica, o que justificou o desenvolvimento do presente protocolo.

Após a análise dos estudos, baseada na Síntese Qualitativa de Evidências extraídas dos estudos selecionados na Revisão de Escopo, foi possível elaborar categorias para auxiliar e fortalecer as informações contidas no Protocolo. Com a leitura e análise críticas dos manuscritos foram construídas três categorias: Tendências Globais em Telemonitoramento e Eficácia, Necessidade de Padronização, Implementação e Cuidado Baseado em Equipe e Lacunas e Justificativa do Protocolo.

### **Tendências Globais em Telemonitoramento e Eficácia**

Os estudos mapeados revelaram uma forte tendência internacional na avaliação de intervenções baseadas em telessaúde, especialmente em países de alta e média renda, como China, Estados Unidos, Espanha e Reino Unido. A eficácia do telemonitoramento na melhoria do controle da pressão arterial (PA) foi um achado recorrente. O ensaio clínico de Mangolis et al. (2022) comparou o cuidado tradicional com um modelo de telessaúde liderado por farmacêuticos e Bennett H et al. (2009) e McManus RJ (2009) avaliaram a combinação de *health coaching*, monitoramento domiciliar e autotitulação medicamentosa, demonstrando que essas intervenções remotas são eficazes para otimizar o controle da PA.

A pesquisa de Applegate et al. (2021), focada em um cenário de rede de segurança urbana nos Estados Unidos, e o estudo de Mihevc et al. (2022), que avaliou idosos na Espanha, ressaltaram o telemonitoramento como um meio de oferecer cuidados personalizados e melhorar a gestão de múltiplos fatores de risco e comorbidades. Já Zhang et al. (2024), na China, e Xu L et al. (2017) exploraram a eficácia de sistemas inteligentes e modelos coordenados de telemedicina (PCP-Cardiologist Telemedicine Model), confirmando que a tecnologia pode suportar o manejo complexo da HA na atenção comunitária.

### **Necessidade de Padronização, Implementação e Cuidado Baseado em Equipe**

A Revisão de Escopo também evidenciou que a incorporação do telemonitoramento exige padronização de condutas e a reorganização dos processos de trabalho. Diretrizes de alto

nível de evidência, como a síntese do NICE realizada por Boffa R.J. et al. (2019), e o guia JBS 2 de Wood, D. et al. (2005), são fundamentais para nortear a avaliação de risco cardiovascular e as intervenções de estilo de vida, que devem ser integradas ao acompanhamento remoto.

A importância da abordagem multidisciplinar foi destacada em vários estudos. O protocolo TBC-HTA de Santschi, V. et al. (2017) e a intervenção de manejo de hipertensão estruturada de Weltermann B et al. (2015) enfatizaram o valor do cuidado baseado em equipe para a adesão e o controle da HA. Adicionalmente, estudos de implementação, como o projeto HIP de Dolor R.J. et al. (2009) e o trabalho de Collins, DRJ et al. (2019) no Tadjiquistão, indicaram que a avaliação da viabilidade e a adaptação das ferramentas, como a HEARTS, ao contexto da APS são passos essenciais para o sucesso. A pesquisa de Fonseca S.F. et al. (2023) no Brasil, ao propor uma estratégia multidimensional, reforçou a necessidade de avaliar a efetividade de intervenções integradas à realidade local.

### **Lacunas e Justificativa do Protocolo**

Apesar da riqueza dos ensaios clínicos randomizados por conglomerados (RCGs), como os conduzidos por Paniagua-Avila, A et al. (2020) na Guatemala e por Iso et al. (2023) no Japão, a revisão revelou uma notável variação na composição e nos elementos dos "protocolos de acompanhamento". Enquanto alguns estudos focam predominantemente em desfechos clínicos (Pressão Arterial, HbA1c), outros se dedicaram à precisão diagnóstica remota, como o trabalho de Verma et al. (2023) na Índia, ou exploraram a tomada de decisão compartilhada, a exemplo de Tinsel, I. et al. (2012).

Essa diversidade, embora fundamental para demonstrar a amplitude de aplicação do telemonitoramento, evidencia que a literatura ainda carece de um protocolo consolidado e validado que integre o telemonitoramento de forma sistemática à rotina da Atenção Primária à Saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde. A maioria dos estudos apresentou "protocolos de acompanhamento" que são específicos para a condução do ensaio clínico, e não um guia de prática clínica validado para ser replicado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, o mapeamento realizado confirmou que a padronização das condutas, o detalhamento das ferramentas de apoio e a definição de critérios de monitoramento são incipientes. É essa ausência de um instrumento padronizado que conferiu a esta pesquisa um papel crucial na qualificação do cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial na APS.

A Revisão de Escopo cumpriu integralmente seu objetivo ao mapear as principais evidências científicas que apoiam o telemonitoramento da Hipertensão Arterial na Atenção

Primária à Saúde. Os 18 estudos selecionados confirmaram de forma robusta a eficácia das intervenções remotas, como o aconselhamento em saúde, o monitoramento domiciliar e o cuidado baseado em equipe, conforme demonstrado por Bennett H et al. (2009), McManus RJ (2009) e Santschi, V. et al. (2017).

A análise aprofundada, que incluiu ensaios clínicos de grande relevância (Zhang et al., 2024; Mangolis et al., 2022; Applegate et al., 2021) e diretrizes clínicas essenciais (Boffa R.J. et al., 2019; Wood, D. et al., 2005), destacou a necessidade imperativa de incorporar esses elementos em um guia de prática clínica estruturado. A principal lacuna identificada e o achado central desta revisão foi a ausência de protocolos de telemonitoramento validados e com evidências de qualidade especificamente adaptados para a realidade dos serviços de APS, o que é fundamental para superar barreiras de acesso e garantir a segurança e a resolutividade do cuidado.

Os achados validaram, portanto, a premissa central desta pesquisa: a necessidade de um protocolo estruturado de telemonitoramento que possa integrar a gestão clínica com a abordagem interprofissional e as necessidades dos pacientes. O conteúdo técnico levantado suportou integralmente as sete dimensões do protocolo proposto (Caracterização, Anamnese, Exame Físico, Fármacos, Adesão Terapêutica, Exames Complementares e Plano de Ação).

Dessa forma, a Revisão de Escopo ofereceu o subsídio teórico e prático para a fase subsequente desta pesquisa: a Construção e a Validação do Protocolo de Telemonitoramento. A construção desse protocolo foi fundamental para reduzir as lacunas de acesso e equidade, em especial no contexto do SUS, e qualificar a assistência, garantindo que o atendimento remoto seja seguro, resolutivo e alinhado aos mais altos padrões de evidência. A pesquisa avançou, assim, para a próxima etapa de Mapeamento de Demandas (Grupo Focal), onde os requisitos da prática clínica brasileira refinaram e contextualizaram este corpo de evidências, culminando na validação de um instrumento de qualidade.

## **5.2 Etapa 2 - Mapeamento das demandas e requisitos do público alvo (Grupo Focal)**

Nessa etapa da pesquisa, realizou-se um momento junto ao público-alvo (médicos e enfermeiros).

A análise das falas e registros dos participantes revelou três pilares principais de necessidades, conforme o quadro 9.

**Quadro 9** - Principais Requisitos Identificados pela Equipe Interprofissional. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Padronização e Agilidade</b>	<b>Adaptação ao Perfil</b>	<b>Suporte à Tomada de Decisão</b>
---------------------------------	----------------------------	------------------------------------

	<b>do Paciente</b>	
Instrumento estruturado organize a coleta de dados aumentar tempo de consulta	Considerar limitações de letramento digital da população atendida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idosos com baixa escolaridade</li> <li>• Dificuldade com tecnologias (Whatsapp)</li> <li>• Necessidade de linguagem acessível</li> </ul>	Orientações claras para identificação de sinais de alerta e encaminhamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critérios de gravidade</li> <li>• Sinais de Alerta</li> <li>• Quando encaminhar</li> </ul> Plano de ação resolutivo

Fonte: Autora, 2025.

A conclusão desta etapa indicou que o sucesso de um protocolo de telemonitoramento depende da sua integração ao fluxo de trabalho já existente.

### 5.3 Elaboração do Protocolo

A versão inicial do protocolo foi elaborada em seções, detalhadas no quadro a seguir, que apresentam os componentes do protocolo de telemonitoramento em HA, distribuídos em sete dimensões.

**Quadro 10** - Descrição das Seções do Protocolo de Telemonitoramento em HA. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>SEÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
1.Caracterização do Paciente	Coleta das informações sociodemográficas e dos dados relacionados ao estado de saúde do paciente.
2. Anamnese	Corresponde à fase de obtenção de dados clínicos, organizada em cinco etapas sucessivas.
2.1 Queixa Principal	Motivo que leva o paciente a buscar atendimento em serviços de saúde.
2.2 História da Doença Atual	Reúne dados referentes ao estado atual de saúde-doença do paciente, incluindo descrição detalhada dos sintomas relacionados ao quadro clínico, risco para DCV.
2.3 Antecedentes Pessoais	Inclui o histórico anterior de HA, sua causa identificada, ocorrência de complicações anteriores, a presença de outras doenças crônicas associadas e relatos de crises hipertensivas progressas.
2.4 Antecedentes Familiares	Coleta dados sobre histórico familiar de HA e demais doenças crônicas.

2.5 Hábitos	Avalia-se a prática de atividade física, vida sexual, hábitos alimentares e controle do balanço hídrico, estilo de vida, qualidade de vida, indicadores psicossociais, sono, repouso, lazer, consumo de sal, consumo de gordura, etilismo, tabagismo, fatores que influenciam diretamente a eficácia do tratamento em pacientes com HA.
3. Exame físico	Essa fase confirma, exclui ou identifica novas hipóteses diagnósticas, sendo dividida em duas etapas:
3.1 Ectoscopia	Trata-se da análise abrangente do paciente. É a fase inicial do exame físico, com a finalidade de obter dados gerais sobre sua condição de saúde. No dia da realização da teleconsulta, o ACS responsável pelo domicílio do usuário a ser consultado deve verificar sua PA, seu peso e sua circunferência abdominal.
3.2 Medidas Corporais	Dados sobre as características físicas do paciente, como peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC), entre outros.
4. Terapia Medicamentosa	Reconhece os medicamentos administrados, como fundamento para eventuais ajustes, seja na troca da medicação, seja no ajuste de dose.
5. Adesão Terapêutica (Teste de Morisky)	Contribui para a análise da adesão do paciente ao tratamento.
6. Exames Complementares	Confirmação do diagnóstico, estratificação prognóstica e seguimento terapêutico.
7. Plano de Ação	Representa um conjunto de modalidades e abordagens utilizadas pelo profissional de saúde para seguimento terapêutico, considerando suas impressões relacionadas ao contexto de vida do paciente, determinação de metas para a próxima consulta, percepção da necessidade de acolhimento interdisciplinar nas consultas subsequentes e necessidade de encaminhamentos.

Fonte: Autora, 2025.

Baseada nas seções supracitadas foi construída uma proposta de protocolo que foi apresentada no Grupo Focal, onde foram realizadas algumas sugestões, conforme Quadro 11, que foram acatadas pela pesquisadora. O protocolo foi enviado aos juízes para avaliação e considerações, de acordo com o instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* - AGREE II (APÊNDICE I).

**Quadro 11** - Sugestões recebidas no Grupo Focal e acatadas pela pesquisadora.  
Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>ACRESCENTAR</b>	<b>RETIRAR</b>
Recebe algum benefício do governo?	Exposição à violência

Avaliação da capacidade funcional	
Comorbidades: SOP?	
Estilo de Vida <ul style="list-style-type: none"> <li>Hábitos Alimentares: Consumo de açúcar</li> <li>Exames Complementares: HbA1c, Albumina</li> </ul>	
Riscos Ambientais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Abastecimento de água</li> <li>Saneamento Básico</li> </ul>	
História da Doença Atual: Espuma na urina?	

Fonte: Autora, 2025

#### 5.4 Análise das Evidências de Validade

O comitê de especialistas foi constituído por seis juízes, distribuídos de forma paritária entre enfermeiros (n=3) e médicos (n=3). No grupo da enfermagem, observou-se predominância do sexo feminino (n=2), com idades variando entre 40 e 59 anos e consolidada trajetória profissional, evidenciada pelo tempo de graduação entre 19 e 29 anos. De forma análoga, o grupo médico apresentou maioria feminina (n=2), com faixa etária entre 35 e 45 anos e tempo de formação variando de 10 a 20 anos. Ressalta-se que a totalidade dos avaliadores (n=6) mantinha atuação direta na assistência à saúde no período da coleta de dados.

No que tange à qualificação acadêmica e científica, metade do painel possuía titulação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado). Para além da expertise clínica unânime, o perfil de competências revelou que três juízes possuíam experiência docente e participação em bancas examinadoras, enquanto dois apresentavam publicações científicas e engajamento em grupos de pesquisa. A composição do corpo de juízes reflete um equilíbrio entre o saber prático e a maturidade acadêmica, conferindo a segurança técnica necessária para o processo de validação do protocolo.

Os juízes foram denominados de J1, J2, J3, J4, J5 e J6. Cada um fez a avaliação geral do Protocolo por meio do instrumento AGREE II. A avaliação da adequabilidade do Protocolo para Telemonitoramento de Pessoas com HA na Atenção Primária foi obtida utilizando os domínios do AGREE II, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição dos escores e adequabilidade do Protocolo, conforme os domínios do AGREE II. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

DOMÍNIO 1 - Escopo e Finalidade	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
---------------------------------	----	----	----	----	----	----	-------

1. O(s) objetivo(s) geral(is) do Protocolo encontra(m)-se especificamente descrito(s).	3	3	3	3	3	3	18
2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pelo Protocolo encontra(m)-se especificamente descrita(s).	3	3	3	3	3	3	18
3. A população (pacientes, público etc.) a quem o Protocolo se destina encontra-se especificamente descrita.	3	3	3	3	3	3	18
Total	9	9	9	9	9	9	54
Adequabilidade para o Domínio 1 - 100%							

<b>DOMÍNIO 2 - Envolvimento das Partes</b>	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
4. A equipe de desenvolvimento do Protocolo inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.	3	2	2	2	2	2	13
5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (profissionais).	2	3	3	3	3	2	16
6. Os usuários alvo do Protocolo estão claramente definidos.	3	3	3	3	3	3	18
Total	8	8	8	8	8	7	47
Adequabilidade para o Domínio 2 - 80%							

<b>DOMÍNIO 3 - Rigor do Desenvolvimento</b>	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
7. Foram utilizados métodos sistemáticos para busca de evidências.	3	3	3	2	3	3	17
8. Os critérios para seleção de evidências estão claramente descritos.	3	2	3	2	3	3	16
9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.	3	2	3	3	3	3	17
10. Os métodos para formulação das recomendações estão claramente descritos.	3	2	2	2	3	3	15

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.	3	3	3	3	3	2	17
12. Existe relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.	3	3	3	3	3	3	18
13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação	3	3	2	3	3	3	17
14. Um procedimento para atualização do Protocolo está disponível.	2	2	2	2	3	3	14
Total	23	20	21	20	24	23	131
Adequabilidade para o Domínio 3 - 86%							

<b>DOMÍNIO 4 - Clareza da Apresentação</b>	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.	3	3	3	3	3	3	18
16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.	3	3	3	3	3	3	18
17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.	3	3	2	3	3	2	16
Total	9	9	8	9	9	8	52
Adequabilidade para o Domínio 4 - 94%							

<b>DOMÍNIO 5 - Aplicabilidade</b>	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
18. O Protocolo descreve os fatores facilitadores e as barreiras à aplicação.	2	3	2	2	3	3	15
19. O Protocolo traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.	3	3	3	2	3	3	17
20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.	2	2	2	2	3	3	14
21. O Protocolo apresenta critérios para monitoramento e/ou auditoria.	3	3	3	2	3	3	17
Total	10	11	10	8	12	12	63

Adequabilidade para o Domínio 5 - 81%

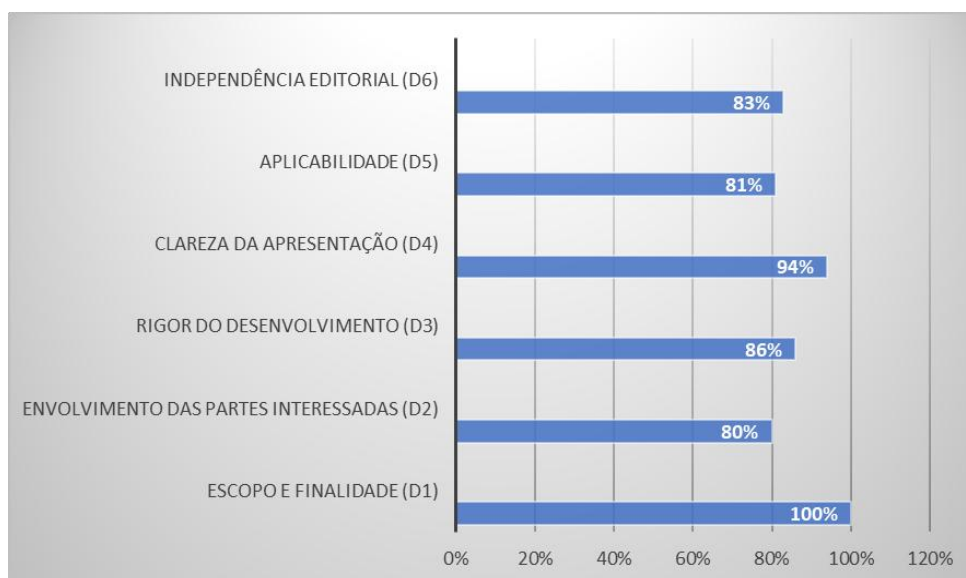
<b>DOMÍNIO 6 - Independência Editorial</b>	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total
22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo do Protocolo.	2	2	3	3	3	3	16
23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram o Protocolo..	2	2	3	3	3	3	16
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>32</b>

Adequabilidade para o Domínio 6 - 83%

Fonte: Autora (2025).

Observou-se que todos os domínios avaliados superaram o índice de adequabilidade sugerido por Sousa et al. (2018), com pontuações superiores a 75%. Os percentuais detalhados da avaliação dos especialistas sobre a qualidade do protocolo estão presentes no Figura 11.

**Figura 3** – Distribuição dos percentuais da avaliação da qualidade do Guia, segundo os seis domínios do AGREE II. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.



Fonte: Autora, 2025.

Conforme ilustrado na Figura 3, o Domínio 1 (D1) obteve a pontuação máxima (100%), seguido pelos domínios D4 (94%), D3 (86%), D6 (83%) e D5 (81%), enquanto o D2 apresentou o menor índice (80%). Ressalta-se que, para cada item avaliado, foi disponibilizado um campo para comentários e sugestões dos juízes.

Especificamente no Domínio 1 (Escopo e Finalidade), verificou-se a ausência de comentários ou sugestões dos avaliadores e todos atribuíram 3 pontos aos itens 01, 02 e 03.

No que se refere ao Domínio 2 (Envolvimento das Partes), J1 atribuiu 3 pontos ao item 04, J3 atribuiu 2 pontos, mas não emitiu comentários e J2, J4, J5 e J6 atribuíram 2 pontos emitindo comentários conforme apresentado no Quadro 12. Ainda no Domínio 2, J2, J3, J4 e J5 atribuíram 3 pontos ao item 05, enquanto J1 e J6 atribuíram 2 pontos, emitindo comentários conforme apresentados no Quadro 13. Com relação ao item 06, houve unanimidade entre os juízes na pontuação 3.

**Quadro 12** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 2 (item 04) e Adequação. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Envolvimento das Partes (A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.)</b>	<b>Adequação</b>
J2	“Não foi possível identificar as categorias envolvidas.”	A arquitetura do instrumento contempla um espectro interdisciplinar encorpado, articulando variáveis relativas aos hábitos de vida, padrões alimentares, equilíbrio emocional e segurança no manejo medicamentoso. A lógica do instrumento reside na capacidade do médico ou enfermeiro de identificar, já na primeira consulta, as necessidades específicas de cada paciente de forma individualizada, traçando condutas que permitam o encaminhamento personalizado para uma abordagem multiprofissional.
J4	“A participação de diferentes categorias profissionais poderia ser mais detalhada.”	
J5	“Sugiro a inclusão e participação de um nutricionista.”	
J6	“Sugiro a inclusão de outras categorias profissionais.”	

Fonte: Autora (2025).

**Quadro 13** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 2 (item 05) e Adequação. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Envolvimento das Partes (Procurou-se conhecer as</b>	<b>Adequação</b>

	<b>opiniões e preferências da população-alvo)</b>	
J1	“Não ficou claro.”	Existiu uma dificuldade em incorporar a perspectiva do paciente durante a construção do protocolo clínico, mas sabendo que sua ausência compromete a adesão e a validade pragmática da diretriz, em ciclos formativos subsequentes será incorporada a participação de pacientes.
J6	“Não ficou claro.”	

Fonte: Autora (2025).

No Domínio 3 (Rigor do desenvolvimento), item 07, todos os juízes atribuíram 3 pontos com exceção do J4 que avaliou o item com 2 pontos e comentou que “a descrição detalhada dos métodos sistemáticos de busca de evidência poderia ser melhor explicitada”. Já no item 08, J1, J3, J5 e J6 avaliaram o item com 3 pontos, enquanto J2 e J4 avaliaram com 2 pontos, emitindo comentários conforme apresentados no quadro 14.

**Quadro 14** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 08) e Adequação. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Rigor do desenvolvimento (Os critérios para seleção de evidências estão claramente descritos).</b>	<b>Adequação</b>
J2	“Não ficou claro.”	Aprimoramento da descrição metodológica, visando facilitar a compreensão dos critérios de seleção das evidências.
J4	“Os critérios de seleção das evidências não estão descritos de forma detalhada, o que limita a avaliação de robustez metodológica do processo de desenvolvimento.”	

Fonte: Autora (2025).

Ainda no Domínio 3, em relação ao item 09, todos os juízes atribuíram 3 pontos com exceção do J2 que atribuiu 2 pontos, mas não realizou nenhum comentário.

Os J2 e J4, em relação ao Domínio 3, atribuíram 2 pontos ao item 10, emitindo comentários conforme apresentados no quadro 15. O J3 atribuiu 2 pontos, mas não fez comentários. Os J1, J5 e J6 atribuíram 3 pontos para este item.

**Quadro 15** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 10) e Adequação. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Rigor do Desenvolvimento (Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.)</b>	<b>Adequação</b>
J2	“Não ficou claro.”	Aprimoramento da descrição metodológica, visando facilitar a compreensão dos critérios de seleção das evidências.
J4	“As recomendações são coerentes e aplicáveis, porém os métodos poderiam ser descritos de forma mais sistemática.”	Aprimoramento da descrição metodológica, visando facilitar a compreensão dos critérios de seleção das evidências.

Fonte: Autora (2025).

Seguindo no Domínio 3, ao item 11 foi atribuído 3 pontos pelos juízes J1, J2, J3, J4 e J5. O J6 atribuiu 2 pontos a este item e comentou que “poderíamos enfatizar mais neste aspecto”. No item 12, todos os juízes concederam 3 pontos e o J2 comentou que “percebe-se pelas perguntas que foram baseadas em evidências”.

O item 13 do Domínio 3 foi pontuado com 3 pontos pelos juízes J1, J2, J4, J5 e J6. Apenas o J3 concedeu 2 pontos e não emitiu comentários.

O item 14 do Domínio 3 foi pontuado com 3 pontos pelos juízes J5 e J6. Os demais juízes (J1, J2, J3 e J4) atribuíram 2 pontos, porém apenas J2 e J4 emitiram comentários que se encontram no quadro 16.

**Quadro 16** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 3 (item 14) e Adequação. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Rigor do Desenvolvimento (O procedimento para atualização da diretriz está disponível.)</b>	<b>Adequação</b>
J2	“Não está claro o procedimento.”	Devido a necessidade de constante atualização e revisão periódica das informações contidas neste protocolo, devido aos avanços científicos e inovações, a fim de se garantir uma assistência em saúde segura e de qualidade, decidiu-se por uma atualização periódica deste instrumento.
J4	“Não foi identificado um procedimento claramente descrito para atualização futura da diretriz, o que representa oportunidade de aprimoramento.”	

Fonte: Autora (2025).

No Domínio 4 (Clareza da Apresentação), todos os juízes atribuíram 3 pontos aos itens 15 e 16. No item 16, o J2 sugeriu que na Seção HÁBITOS/BALANÇO HÍDRICO, ao invés de questionar sobre a quantidade de litros de água ingerida por dia, deveríamos utilizar o número de copos de água ingeridos por dia. A sugestão foi prontamente acatada.

Ainda no Domínio 4, no item 17, o J1, J2, J4 e J5 atribuíram 3 pontos. Já o J2 e J6 atribuíram 2 pontos, porém apenas J6 comentou que “poderiam ser mais explícitas nas recomendações”.

No Domínio 5 (Aplicabilidade) o J2, J5 e J6 pontuaram com 3 pontos o item 18 e o J1, J3 e J4 pontuaram com 2 pontos, sendo que J3 e J4 emitiram comentários elencados no quadro 17. No Quadro 18, apresentamos a adequação para tais sugestões.

**Quadro 17** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 5 (item 18).  
Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Aplicabilidade (A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.)</b>
J3	“Dificuldade com a Internet”
J4	“Explicitar barreiras e fatores facilitadores.”

Fonte: Autora (2025).

**Quadro 18** - Adequação para o Item 18 do Domínio 5. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Categoria</b>	<b>Descrição dos Elementos</b>	<b>Estratégia de Mitigação / Potencialização</b>

<b>Barreira</b>	<b>Dificuldade de Conectividade (Internet):</b> Limitação de acesso à rede instável tanto para o profissional quanto para o usuário.	Priorizar contatos via Whatsapp que permite a utilização de dados móveis na impossibilidade do uso de WiFi.
<b>Barreira</b>	<b>Baixo Letramento Digital:</b> Dificuldade de manuseio de aplicativos ou dispositivos de telemonitoramento para pacientes idosos ou com baixa escolaridade.	Treinamento presencial prévio com o paciente e cuidador; uso de interfaces simplificadas e mensagens de áudio ou ícones visuais.
<b>Barreira</b>	<b>Sobrecarga de Trabalho:</b> Percepção do telemonitoramento como uma tarefa adicional à rotina já saturada das equipes de Saúde da Família.	Integração do protocolo ao fluxo de trabalho regular; definição de tempos específicos na agenda para atividades remotas (Telessaúde).
<b>Facilitador</b>	<b>Apoio Institucional e Gestão:</b> Engajamento da Secretaria de Saúde na provisão de equipamentos (tablets, computadores) e infraestrutura.	Apresentação de indicadores de redução de complicações cardiovasculares para justificar o investimento em saúde digital.
<b>Facilitador</b>	<b>Vínculo com a Equipe:</b> A relação de confiança já estabelecida entre o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a família.	Utilizar o ACS como mediador e incentivador do uso da tecnologia durante as visitas domiciliares.
<b>Facilitador</b>	<b>Monitoramento Multidisciplinar:</b> Existência de equipes e-Multi que podem dar suporte clínico compartilhado.	Realização de matriciamento e interconsultas via telessaúde para casos de difícil controle.

Fonte: Autora (2025).

É importante ressaltar que ao identificar as barreiras antecipadamente, o gestor e a equipe podem planejar contingências, transformando o protocolo em uma ferramenta exequível e não apenas um documento teórico.

Ainda sobre Domínio 5, o item 19 foi pontuado pelos juízes J1, J2, J3, J5 e J6 com 3 pontos. Apenas o J4 atribuiu 2 pontos e comentou que “poderiam ser explicitadas ferramentas práticas de implementação”. J1, J2, J3 e J4 atribuíram pontuação 2 ao item 20 sendo que J2 e J4 emitiram comentários conforme apresentados no quadro 19 e o J5 e J6 atribuíram pontuação 3 ao item 20. Ambos não relataram esclarecimentos.

**Quadro 19** – Sugestões dos Juízes sobre o Protocolo, referente ao Domínio 5 (item 20).  
Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Juiz</b>	<b>Aplicabilidade (Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.)</b>
J2	“Não ficou claro.”
J4	“Não foram discutidas de forma explícita.”

Fonte: Autora (2025).

Para garantir a aplicabilidade do Protocolo de Telemonitoramento de Pessoas com Hipertensão Arterial, apresenta-se a estimativa de recursos necessários (Quadro 20) e a análise de viabilidade (Quadro 21), reforçando que a implementação se baseia prioritariamente na otimização da infraestrutura já existente nas Unidades Básicas de Saúde.

**Quadro 20** - Estimativa de Recursos Necessários. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>RECURSOS NECESSÁRIOS E INFRAESTRUTURA</b>	<b>RECURSOS HUMANOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>
Equipamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadores e Internet já instalados na UBS para o registro de dados no</li> </ul>	

Prontuário Eletrônico e nas plataformas de telessaúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não se prevê a contratação de novos profissionais, mas sim a reorganização do processo de trabalho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispositivos de Comunicação: Utilização de smartphones institucionais (quando disponíveis) ou computadores com aplicativos de mensagens e chamadas de voz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redistribuição de Carga Horária: Reserva de períodos específicos na agenda para que médicos e enfermeiros realizem o monitoramento remoto de pacientes diagnosticados com HA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparelhos de Monitoramento: O paciente utiliza seu próprio esfigmomanômetro ou utiliza os aparelhos disponíveis na UBS e em farmácias populares, não havendo obrigatoriedade de aquisição de novos dispositivos digitais de alto custo pelo município no primeiro momento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protagonismo da Equipe e-Multi: Integração de nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos e psicólogos em teleconsultas compartilhadas, otimizando o deslocamento desses profissionais entre as unidades.</li> </ul>

Fonte: Autora (2026).

**Quadro 21** - Análise de Viabilidade. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>ELEMENTO DE CUSTO</b>	<b>IMPACTO COM TELEMONTORAMENTO</b>	<b>IMPACTO SEM TELEMONTORAMENTO</b>
Atendimento de Urgência	Redução de crises hipertensivas evitáveis.	Alta demanda em UPAs e emergências.
Internações Hospitalares	Menor taxa de internação por AVC e Infarto.	Alto custo hospitalar e reabilitação.
Deslocamento do Paciente	Economia com transporte sanitário e custos de bolso do usuário.	Necessidade frequente de ida à UBS para medidas pontuais.

Produtividade	Redução do absenteísmo laboral por complicações de saúde.	Aumento de licenças médicas e aposentadorias precoces.
---------------	---	--

Fonte: Autora (2026).

Ainda no Domínio 5, no item 21, o J1, J2, J3, J5 e J6 pontuaram com 3 pontos. Apenas o J4 pontuou com 2 pontos e comentou que “não explicita indicadores formais de monitoramento/auditoria”.

Como medida para adequação do protocolo a uma Rotina de Monitoramento e Auditoria para avaliar a implementação, a adesão e a eficácia deste protocolo na Unidade Básica de Saúde, devem ser estabelecidos indicadores de monitoramento e critérios de auditoria. Deve-se determinar uma Rotina de Auditoria estruturada, para assegurar a qualidade assistencial e a sustentabilidade do telemonitoramento através de uma auditoria amostral periódica, conduzida por profissional que possua o papel de liderança e supervisão clínica necessários para avaliar a conduta das equipes e mediar as necessidades de educação permanente. O método utilizado poderá ser a revisão dos prontuários dos pacientes incluídos no telemonitoramento para verificar a conformidade com as etapas propostas no fluxo do protocolo.

No item 22 do Domínio 6 (Independência Editorial) o J1 e J2 pontuaram com 2 pontos e J1 comentou que “não visualizei no decorrer do texto”. Os demais juízes (J3, J4, J5 e J6) atribuíram ao item 3 pontos. O item 23 foi pontuado pelos J1 e J2 com 2 pontos, onde J1 comentou “não visualizei”. J3, J4, J5 e J6 pontuaram este item com 3 pontos.

De acordo com os critérios do AGREE II, a transparência acerca de financiamentos e conflitos de interesse é um pilar da integridade metodológica. Portanto, para reparar tais apontamentos, foi inserida uma seção específica de “Declarações Éticas” no protocolo, conforme o Quadro 22, explicitando a autonomia dos pesquisadores e a isenção das recomendações em relação a interesses externos, elevando assim a confiabilidade do instrumento para o uso na rede pública de saúde.

**Quadro 22** - Declarações Éticas acerca de financiamentos e conflitos de interesse. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<p><b>1. Financiamento (Item 22)</b></p> <p>A autora declara que o desenvolvimento deste protocolo e a realização da pesquisa que o sustenta foram realizados com recursos próprios, sem o recebimento de financiamento externo de quaisquer organizações privadas que pudessem ter interesse nos resultados desta diretriz. O apoio institucional recebeu restringiu-se ao suporte acadêmico e técnico da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).</p>
<p><b>2. Conflitos de Interesse (Item 23)</b></p> <p>A autora envolvida na elaboração deste instrumento declara a inexistência de conflitos de interesse de ordem financeira, pessoal, política, intelectual ou religiosa que pudessem comprometer a imparcialidade ou a independência editorial das recomendações aqui apresentadas. Não houve qualquer vínculo com empresas que comercializam dispositivos de monitoramento de pressão arterial ou softwares de telemedicina durante a construção deste guia.</p>
<p><b>3. Autonomia Acadêmica e Científica</b></p> <p>As opiniões e recomendações expressas neste documento são de inteira responsabilidade da pesquisadora, baseadas estritamente em evidências científicas coletadas via revisão de escopo e validadas por consenso de especialistas (juizes). A autonomia editorial foi preservada em todas as etapas, desde a concepção metodológica até a redação final do produto técnico.</p>
<p><b>4. Compromisso Ético com o SUS</b></p> <p>Este protocolo foi desenvolvido sob os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação prévia em Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab. Seu propósito é estritamente voltado ao fortalecimento da rede pública de saúde e à melhoria do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.</p>

Fonte: Autora (2026).

Quanto à avaliação global do Guia pelos seis participantes do estudo, no tocante ao questionamento: “Eu recomendaria o uso desta diretriz?”, presente no final do AGREE II, 100% dos juizes responderam: “SIM”.

Os juizes parabenizaram a iniciativa de construção do Protocolo e ressaltaram a importância da tecnologia para a padronização do telemonitoramento de pessoas com HA na

Atenção Primária enfatizando também a necessidade do treinamento das equipes de saúde para a utilização da tecnologia.

Com base nas contribuições dos juízes, ajustes e refinamentos puderam ser feitos para assegurar a clareza, aplicabilidade e eficácia do instrumento. Além disso, foram consideradas as limitações locais, como disponibilidade de recursos e acesso à tecnologia, garantindo que o protocolo possa ser implementado de forma viável e eficaz no contexto da APS.

A Tabela 2 apresenta o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item que variou de 0,17 a 1,00, onde do total de 23 itens avaliados, 13 apresentaram  $IVC-I \geq 0,78$ , sendo considerados adequados quanto à validade de conteúdo. Os demais itens apresentaram valores abaixo do ponto de corte recomendado, sendo classificados como passíveis de revisão, especialmente quanto à clareza e adequação conceitual, o que demanda ajustes, especialmente relacionados à descrição do processo de atualização futura e à explicitação de recursos necessários para implementação.

**Tabela 2** – Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item do instrumento AGREE II. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Domínio</b>	<b>Item</b>	<b>IVC-I</b>
<b>DOMÍNIO 1 - Escopo e Finalidade</b>	<b>01 - Objetivos descritos</b>	<b>1,00</b>
	<b>02 - Questão de saúde descrita</b>	<b>1,00</b>
	<b>03 - População-alvo descrita</b>	<b>1,00</b>
<b>DOMÍNIO 2 - Envolvimento das Partes</b>	<b>04 - Grupos profissionais relevantes</b>	<b>0,17</b>
	<b>05 - Opiniões da população-alvo</b>	<b>0,67</b>
	<b>06 - Usuários-alvo definidos</b>	<b>1,00</b>
	<b>07 - Métodos de busca</b>	<b>0,83</b>
	<b>08 - Critérios de seleção</b>	<b>0,67</b>
	<b>09 - Pontos fortes/limitações</b>	<b>0,83</b>
	<b>10 - Métodos para recomendações</b>	<b>0,50</b>
<b>DOMÍNIO 3 - Rigor do Desenvolvimento</b>	<b>11 - Benefícios/riscos</b>	<b>0,83</b>
	<b>12 - Ligação entre evidência/recomendações</b>	<b>1,00</b>
	<b>13 - Revisão externa</b>	<b>0,83</b>
	<b>14 - Procedimento de atualização</b>	<b>0,33</b>
<b>DOMÍNIO 4 - Clareza da Apresentação</b>	<b>15 - Recomendações específicas</b>	<b>1,00</b>
	<b>16 - Opções de manejo</b>	<b>1,00</b>

	<b>17 - Recomendações identificáveis</b>	<b>0,67</b>
	<b>18 - Facilitadores/Barreiras</b>	<b>0,50</b>
<b>DOMÍNIO 5 -</b>	<b>19 - Ferramentas práticas</b>	<b>0,83</b>
<b>Aplicabilidade</b>	<b>20 - Implicações de recursos</b>	<b>0,33</b>
	<b>21 - Monitoramento/Auditoria</b>	<b>0,83</b>
<b>DOMÍNIO 6 -</b>	<b>22 - Sem influência do financiador</b>	<b>0,67</b>
<b>Independência Editorial</b>	<b>23 - Conflitos de interesse registrados</b>	<b>0,67</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2026.

A Tabela 3 apresenta o IVC global do instrumento, obtido a partir da média dos IVCs dos itens avaliados. O valor médio encontrado foi de 0,75, indicando validade de conteúdo global moderada a satisfatória. Esse resultado sugere que o protocolo apresenta consistência geral quanto à clareza, relevância e adequação de seus conteúdos, ao mesmo tempo em que evidencia a necessidade de refinamentos pontuais, sobretudo nos itens que apresentaram menor concordância entre os juízes.

**Tabela 3** – Índice de Validade de Conteúdo global (IVC-G) do instrumento. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
<b>IVC global</b>	<b>0,75</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2026.

A Tabela 4 apresenta de forma integrada os escores percentuais dos domínios do AGREE II e os respectivos Índices de Validade de Conteúdo (IVC), permitindo analisar simultaneamente a qualidade metodológica estrutural do protocolo e o grau de concordância dos juízes quanto à adequação do conteúdo de cada domínio.

O Domínio 1 inerente ao “Escopo e finalidade” apresentou escore percentual elevado, associado a IVC máximo, indicando convergência entre a qualidade estrutural do domínio e a elevada concordância dos juízes quanto à clareza dos objetivos, das questões abordadas e da população-alvo do protocolo. Esse resultado demonstra que o domínio atende plenamente aos critérios de validade de conteúdo.

Já o Domínio 2 que diz respeito ao “Envolvimento das partes interessadas”, observou-se escore percentual inferior em relação aos demais domínios, acompanhado de IVC reduzido, evidenciando menor concordância entre os juízes quanto à adequação do conteúdo desse

domínio. Esse achado indica que, além de limitações estruturais apontadas pelo AGREE II, há necessidade de aprimoramento conceitual, especialmente no que se refere à composição multiprofissional da equipe e à explicitação do público-alvo.

Não obstante, o Domínio 3, referente ao “Rigor do desenvolvimento” apresentou escore percentual satisfatório e IVC adequado, sugerindo que os juízes reconheceram tanto a consistência metodológica quanto à pertinência do conteúdo relacionado à fundamentação científica do protocolo. Contudo, a redução do IVC em itens específicos do domínio indica pontos que requerem maior detalhamento, especialmente no que se refere aos procedimentos de atualização futura.

O Domínio 4 que fala da “Clareza da apresentação” destacou-se por apresentar alto escore percentual e elevado IVC, evidenciando forte concordância entre os juízes quanto à organização, linguagem e facilidade de identificação das recomendações. A convergência entre essas duas métricas reforça a robustez do domínio e sua adequação para uso na prática clínica.

No Domínio 5 que aponta a “Aplicabilidade”, apesar do escore percentual satisfatório, o IVC moderado indica menor concordância dos juízes quanto à suficiência das informações relacionadas à implementação do protocolo. Esse resultado evidencia uma dissociação parcial entre a qualidade estrutural do domínio e a validade de conteúdo percebida, sugerindo a necessidade de aprofundamento na descrição de recursos, barreiras e estratégias de operacionalização.

Por fim, o Domínio 6, “Independência editorial”, apresentou escore percentual adequado e IVC satisfatório, indicando que os juízes reconheceram tanto a transparência metodológica quanto a adequação do conteúdo relacionado à ausência de conflitos de interesse.

De forma integrada, a análise integrada dos resultados, apresentada na Tabela 4, evidencia que o protocolo possui qualidade metodológica global satisfatória, fundamentada na consistência dos domínios do AGREE II e na adequada validade de conteúdo global. Embora o instrumento apresente robustez, o exame minucioso por domínio e por item foi determinante para identificar áreas prioritárias de aprimoramento, subsidiando o refinamento do produto técnico final. Tal trajetória ratifica a validação como uma etapa formativa e indispensável, garantindo o rigor científico e a segurança necessários à implementação de protocolos clínicos em contextos assistenciais.

**Tabela 4** – Pontuação percentual e Índice de Validade de Conteúdo dos domínios segundo o AGREE II. Redenção, Ceará, Brasil, 2025.

---

<b>Domínio</b>	<b>Pontuação AGREE II (%)</b>	<b>IVC</b>
<b>Escopo e finalidade</b>	<b>100,0</b>	<b>1,00</b>
<b>Envolvimento das partes interessadas</b>	<b>80,6</b>	<b>0,61</b>
<b>Rigor do desenvolvimento</b>	<b>86,5</b>	<b>0,73</b>
<b>Clareza da apresentação</b>	<b>94,4</b>	<b>0,89</b>
<b>Aplicabilidade</b>	<b>81,2</b>	<b>0,62</b>
<b>Independência editorial</b>	<b>83,3</b>	<b>0,67</b>

---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2026.

## 6 DISCUSSÃO

### **Rigor Metodológico e a Qualidade do Protocolo (AGREE II)**

A validação de um protocolo clínico voltado ao telemonitoramento exige um arcabouço metodológico que assegure não apenas a funcionalidade da ferramenta, mas a segurança assistencial e a fidedignidade das evidências que a sustentam. Nesse cenário, a utilização do instrumento AGREE II nesta pesquisa transcendeu o uso meramente instrumental, configurando-se como uma escolha estratégica. Reconhecido internacionalmente como o padrão-ouro para a avaliação da qualidade e transparência de diretrizes clínicas, o AGREE II permite uma análise multifacetada que abrange desde o escopo do objeto até a sua independência editorial (Catunda et al., 2017; AGREE Next Steps Consortium, 2017).

Um ponto fulcral para o adensamento teórico desta discussão é que a aplicação do AGREE II assegura que as recomendações propostas não se sustentem exclusivamente no consenso empírico ou na opinião de especialistas. Embora a expertise clínica seja vital, o AGREE II enfatiza que a qualidade de um protocolo reside no seu processo sistemático de busca. Ao ancorar o telemonitoramento da Hipertensão Arterial em uma revisão de escopo prévia e em uma síntese rigorosa dos dados, esta dissertação rompe com modelos puramente empíricos e migra para o paradigma da Saúde Baseada em Evidências. Essa transição garante que o protocolo seja resiliente e cientificamente defensável frente aos desafios complexos da prática cotidiana no Sistema Único de Saúde.

A análise dos resultados evidencia que os seis domínios do AGREE II alcançaram escores superiores a 75% de concordância interavaliadores. Embora o instrumento se destine ao escrutínio do rigor metodológico sem estabelecer limiares normativos para a recomendação formal de uma diretriz, a literatura científica sugere que a obtenção de pontuações elevadas e homogêneas ratifica a qualidade metodológica necessária para a sua recomendação na prática clínica.

O alcance do escore máximo (100%) no Domínio 1 (Escopo e Finalidade), aliado ao índice de 94,4% no Domínio 4 (Clareza da Apresentação), demonstra que o protocolo logrou êxito em traduzir os elementos essenciais identificados na etapa inicial de revisão de escopo. No cenário da Atenção Primária à Saúde, a ausência de uma definição clara sobre o objeto e o público-alvo de uma intervenção digital constitui uma das principais barreiras à sua implementação; portanto, a precisão terminológica e metodológica aqui observada valida o instrumento como uma resposta direta à variabilidade clínica excessiva no manejo da Hipertensão Arterial. Conforme apontado por Zhang et al. (2024) em seu estudo sobre o sistema CHESS (Comprehensive Intelligent Hypertension Management System), a eficácia do manejo

inteligente da HA reside na clareza dos objetivos demográficos e clínicos, bem como na capacidade de padronizar processos sem desumanizar o cuidado.

Contudo, a análise do Domínio 2 (Envolvimento das Partes), que obteve o menor escore (80,6%), trouxe à tona uma ponderação qualitativa que revela uma possível lacuna na percepção dos juízes quanto à proposta central do estudo: a necessidade de expansão da equipe. Conforme explicitado ao longo deste estudo, a amostra foi composta por médicos e enfermeiros atuantes na APS por serem os profissionais diretamente envolvidos no cuidado ao paciente com hipertensão, exercendo papel central como educadores em saúde e condutores prioritários do tratamento dentro da Estratégia Saúde da Família. Assim como na Revisão de Escopo que apontou estudos com intervenções multidimensionais complexas como o de Fonseca et al. (2023) no Brasil e o de Margolis et al. (2022), liderado por farmacêuticos, o protocolo aqui validado foi construído sob uma perspectiva interdisciplinar robusta. A arquitetura do instrumento contempla um espectro interdisciplinar encorpado, articulando variáveis relativas aos hábitos de vida, padrões alimentares, equilíbrio emocional e segurança no manejo medicamentoso. Essa composição visa responder à complexidade do paciente hipertenso, garantindo que as recomendações técnicas sejam acompanhadas por um suporte multiprofissional contínuo.

A lógica do instrumento reside na capacidade do médico ou enfermeiro de identificar, já na primeira consulta, as necessidades específicas de cada paciente de forma individualizada, traçando condutas que permitam o encaminhamento personalizado para uma abordagem multiprofissional. Surge, então, um confronto interessante entre a teoria e a prática: enquanto a literatura aponta para um monitoramento cada vez mais diversificado, a realidade da APS brasileira ainda apresenta uma demanda reprimida por ferramentas que integrem efetivamente a equipe e-Multi no fluxo digital. A relevância deste trabalho reside, portanto, na capacidade de oferecer um suporte metodológico que sustenta a transição digital da APS, assegurando que a integralidade do cuidado ao hipertenso não seja fragmentada por limitações de fluxo, mas potencializada pela integração tecnológica dos diversos saberes profissionais.

O Domínio 3 (Rigor do Desenvolvimento), ao alcançar 86,5% de escore, aponta para a solidez da base científica utilizada para a construção do guia. Em um período marcado pela plethora de informações desconstruídas e pela disseminação de protocolos sem lastro científico, ancorar o telemonitoramento em uma revisão de escopo rigorosa protege o Sistema Único de Saúde de práticas ineficazes, assegurando que o profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) não esteja apenas coletando dados, mas realizando uma intervenção clínica protegida por evidências de alto nível.

Essa discussão sobre o rigor metodológico ganha uma dimensão global quando confrontada com evidências como a metanálise de Chen et al. (2024), que analisou intervenções digitais em países de média renda, demonstrando que protocolos que possuem esse nível de rigor e integram o suporte à decisão clínica conseguem reduzir a Pressão Arterial Sistólica em média 4,43 mmHg a mais do que o cuidado convencional, além de proporcionar um aumento de 2,2 vezes na probabilidade de controle pressórico. Esse dado é vital para justificar o esforço de construção deste protocolo, caracterizando-o não apenas como uma inovação administrativa, mas como uma intervenção capaz de alterar desfechos clínicos e reduzir a morbimortalidade cardiovascular na população brasileira.

A estrutura do protocolo centra-se na gestão medicamentosa e no empoderamento do usuário, elementos que, segundo Applegate et al. (2021), são cruciais para a adesão em longo prazo. A validação destes componentes pelos juízes reforça a tese de que o sucesso do telemonitoramento na APS não depende exclusivamente da infraestrutura digital, mas da robustez do suporte à decisão que o orienta, tornando-o uma tecnologia de cuidado capaz de transformar o manejo da hipertensão arterial.

A análise do Domínio 5 (Aplicabilidade), que alcançou um escore de 81,2%, trouxe os resultados mais provocativos para o debate sobre Saúde Digital. Este resultado é crucial para a discussão, pois prova que as dúvidas sobre a infraestrutura e recursos não constituem opiniões isoladas, mas uma percepção técnica uniforme e homogênea sobre as limitações estruturais do Sistema Único de Saúde, coerente com a realidade nacional, onde a disparidade de recursos tecnológicos entre os municípios é vasta. Ao confrontar este achado com o estudo de Verma et al. (2023), realizado em áreas rurais da Índia, percebe-se um desafio transcultural comum: a tecnologia, como o uso de WhatsApp e aplicativos, atua como um facilitador potente, mas a sustentabilidade do telemonitoramento depende de recursos que o protocolo, isoladamente, não pode prover. Assim, para que o instrumento atinja o impacto clínico prometido, torna-se imperativo que o gestor municipal assegure o que a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 denomina como "alicerces de conectividade" (Brasil, 2020).

A discussão, portanto, deve ancorar-se na premissa de que o protocolo funciona como uma peça de software social que depende intrinsecamente de um hardware institucional. Como apontado pelos juízes, a implementação exige que a gestão considere o custo da conectividade e a capacitação contínua das equipes.

Por fim, o Domínio 6 (83,3%) demonstrou a isenção do protocolo. A análise de que não houve influência de financiadores e que os conflitos de interesse foram geridos fortalece a integridade do instrumento. No contexto de um Mestrado Profissional, essa independência é

fundamental para garantir que o "produto" gerado seja um bem público, voltado exclusivamente para a melhoria da qualidade de vida do paciente hipertenso e para a eficiência do sistema público de saúde.

Em última análise, do ponto de vista da avaliação realizada utilizando o Agree II, a integridade interna do produto técnico aqui apresentado provê aos gestores e profissionais de saúde a segurança necessária para a transposição deste protocolo do campo teórico para o "chão" das Unidades Básicas de Saúde, maximizando a segurança do paciente e a eficácia da intervenção.

### **O Papel do Julgamento de Especialistas e o Processo Formativo: Uma Análise Dialética entre Rigor e Práxis Assistencial.**

A validação por juízes (médicos e enfermeiros) constituiu o eixo de sustentação empírica deste estudo, transcendendo a mera conferência métrica para se configurar como um processo formativo, crítico e dialético. É imperativo ressaltar que o caráter formativo desta pesquisa teve sua gênese na realização do grupo focal, etapa que, conforme defendido por Santos (2018), permite capturar o "conhecimento tácito" e as nuances da realidade assistencial que revisões bibliográficas isoladas não alcançam. A interlocução direta com os atores da ponta permitiu que o protocolo fosse gestado com uma identidade aderente às necessidades reais da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo o que a literatura define como validade ecológica (Rabelo; Mantovani; Saffi, 2022).

Para conferir uma robustez analítica superior, este estudo optou pela triangulação metodológica, combinando a avaliação estrutural do AGREE II com a análise de conteúdo via Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Enquanto o AGREE II apontou para uma qualidade metodológica, segundo o olhar da literatura e a transparência da diretriz (Hoffmann-Eber et al., 2018), o IVC conferiu uma granularidade avaliativa, permitindo o exame microscópico de cada componente do protocolo. Essa abordagem híbrida é recomendada por Polit e Beck (2006) como forma de minimizar vieses de interpretação e garantir que o instrumento seja, simultaneamente, cientificamente rigoroso e clinicamente relevante.

Dos 23 itens avaliados, 13 atingiram ou superaram o ponto de corte do IVC-I, consagrado por Lynn (1986) e reiterado por Alexandre e Coluci (2011) como o limiar de excelência para a validação de conteúdo. Contudo, 10 itens apresentaram valores abaixo desse patamar. Esse achado não invalida o protocolo mas reforça o caráter formativo da validação. Segundo Polit & Beck (2020), o índice de validade de conteúdo é um guia para o pesquisador. Se um item é conceitualmente importante, mas teve IVC-I baixo, ele deve ser reformulado em

vez de simplesmente excluído. Isso reforça a natureza formativa. Conforme postula Yusoff (2019), a validação de conteúdo é um processo iterativo no qual os escores baixos funcionam como indicadores diagnósticos, revelando pontos de ambiguidade ou necessidade de aprofundamento descritivo.

No Domínio 2, foram apontadas a Fragilidade na Representatividade (item 04) e da Participação da População-Alvo (item 05) que obtiveram IVC-I 0,17 e 0,67, respectivamente. O protocolo em questão fundamentou-se em uma matriz interdisciplinar robusta, integrando dimensões que transpassam os saberes da educação física, nutrição, psicologia e farmácia clínica. É possível que a natureza multiprofissional do instrumento não tenha sido plenamente apreendida pelo corpo de juízes, visto que sua lógica operacional reside na centralidade do enfermeiro ou médico como articuladores do cuidado. Nesse modelo, cabe a esses profissionais a identificação precoce de demandas singulares e o subsequente direcionamento a fluxos de encaminhamento personalizados, garantindo uma abordagem integral e estratificada. No tocante à Participação da População-Alvo (Item 05) existiu uma dificuldade em incorporar a perspectiva do paciente durante a construção do protocolo clínico, mas sabendo que sua ausência compromete a adesão e a validade pragmática da diretriz, em ciclos formativos subsequentes será incorporada a participação de pacientes.

No Domínio 3, no que tange ao Item 08 (Critérios de seleção), observou-se um IVC-I de 0,67, evidenciando uma necessidade de maior detalhamento metodológico na descrição da elegibilidade das evidências. Segundo as diretrizes do instrumento AGREE II, a transparência nos critérios de inclusão e exclusão é fundamental para assegurar a reprodutibilidade do processo e minimizar vieses de seleção. A pontuação obtida sugere que, embora o protocolo tenha sido fundamentado em bases científicas, a formalização dos parâmetros de escolha dos estudos não foi suficientemente explícita para os juízes.

A fragilidade observada no item 10 indicou uma lacuna na percepção dos juízes quanto ao rigor metodológico empregado na derivação das recomendações. Tal achado depreende-se, possivelmente, de uma subespecificação na formalização dos métodos de tomada de decisão, resultando em uma opacidade que impediu o corpo de especialistas de validar onexo causal entre a literatura consultada e a conduta sugerida. Os itens 8 e 10 foram reparados com uma metodologia melhor explicitada.

No Item 14, os especialistas sinalizaram que a diretriz carece de uma "data de validade" ou de um fluxo definido para revisão, o que pode torná-la obsoleta rapidamente frente às novas evidências científicas. Como ajuste, sugerimos ao final do protocolo, uma atualização periódica.

Quanto ao Item 17 (Identificabilidade das recomendações), o índice de 0,67 refletiu uma oportunidade de aprimoramento na apresentação visual do protocolo. A literatura do AGREE II preconiza que diretrizes eficazes devem permitir a rápida identificação das condutas essenciais, especialmente em cenários de alta demanda assistencial como a Atenção Primária. Foram realizadas modificações visando reduzir o esforço cognitivo do profissional de saúde e minimizar o risco de interpretações ambíguas.

Partindo para o Domínio 5, os itens 18 (Facilitadores/Barreiras) com 0,50 e 20 (Implicações de recursos) com 0,33 demonstraram uma vulnerabilidade na aplicabilidade. No cenário do SUS, a viabilidade de um protocolo depende da análise de custos e da logística local. Os juízes indicaram que o protocolo, embora possa ser tecnicamente correto, não detalha o "como fazer" diante das limitações de recursos. Como adequação, foi criada uma tabela de Facilitadores e Barreiras ao final do protocolo.

A falta de clareza sobre o impacto financeiro e organizacional (Item 20) sugeriram que o protocolo ainda está em um plano muito teórico e precisa de diretrizes mais concretas para a gestão do serviço. Como providência foi criada, ao final do protocolo, uma nota sobre implicações de recursos, estimando se o protocolo exige novos equipamentos ou se utiliza a estrutura já existente no SUS, reforçando o custo-benefício.

No Domínio 6, a despeito da conduta ética mantida durante a pesquisa, o escore de 0,67 nos itens 22 e 23 evidenciou uma lacuna na formalização documental da independência editorial. De acordo com os critérios do AGREE II, a transparência acerca de financiamentos e conflitos de interesse é um pilar da integridade metodológica. Portanto, para reparar tais apontamentos, foi inserida uma seção específica de "Declarações Éticas" no protocolo, explicitando a autonomia dos pesquisadores e a isenção das recomendações em relação a interesses externos, elevando assim a confiabilidade do instrumento para o uso na rede pública de saúde.

O Índice de Validade de Conteúdo Global (IVC-G) alcançou um patamar satisfatório, ratificando a robustez metodológica do instrumento. Em temáticas de elevada complexidade assistencial, como o telemonitoramento da hipertensão na Atenção Primária à Saúde, a heterogeneidade de opiniões entre os especialistas reflete a natureza multifacetada do objeto de estudo. Essa pluralidade permitiu que o protocolo final integrasse uma diversidade de saberes técnicos, evitando uma convergência artificial e reducionista.

Ao acatar as sugestões de ajuste nos itens com menor IVC, o protocolo transcende a condição de simples diretriz normativa para consolidar-se como uma Tecnologia Leve-Dura de gestão do cuidado (Seixas et al., 2019).

Em última análise, o percurso metodológico iniciado no grupo focal e refinado por uma validação estatística criteriosa assegura que o produto final seja uma ferramenta resiliente, apta a transpor evidências científicas para a complexa realidade do Sistema Único de Saúde.

### **Do Conhecimento à Prática: Sustentabilidade e Fundamentação Científica**

A sustentabilidade clínica de uma tecnologia em saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, depende intrinsecamente da solidez das evidências que a originaram. Neste estudo, a transição entre a Etapa 1 (Revisão de Escopo) e a construção do protocolo final não se caracterizou como um percurso linear, mas como um processo de Translação do Conhecimento. Segundo o referencial de Rabelo; Mantovani e Saffi (2022), esse movimento assegura que o hiato entre a produção científica e a aplicação prática seja superado por meio de uma síntese que considere as particularidades do contexto local, garantindo que evidências estáticas se tornem ferramentas vivas de transformação assistencial.

Os achados da revisão de escopo revelaram que o protocolo está alicerçado em evidências de nível moderado a forte. A literatura internacional, por meio de meta-análises robustas como as de Omboni et al. (2020) e Tucker et al. (2017), demonstra que o telemonitoramento da Pressão Arterial quando associado ao suporte profissional e à cogestão do cuidado é significativamente mais eficaz na redução dos níveis sistólicos e diastólicos do que o cuidado convencional isolado. Esses estudos apontam que a eficácia da intervenção digital reside na sua capacidade de promover a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), que possui maior valor preditivo para lesões em órgãos-alvo do que a medida ocasional em consultório (SBC, 2020).

Essa robustez científica permitiu que as recomendações do protocolo, tais como a periodicidade do monitoramento e os gatilhos para intervenção imediata, fossem baseadas em desfechos clínicos validados, rompendo com o paradigma das condutas assistemáticas. O instrumento preenche uma lacuna crítica identificada por Liu et al. (2020): a ausência de fluxogramas padronizados que integrem as tecnologias digitais ao fluxo de trabalho das equipes de saúde. Ao organizar elementos como a técnica de aferição, a investigação anamnésica e o monitoramento de comportamentos de estilo de vida, o produto desta dissertação alinha-se ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012), que preconiza um sistema proativo e contínuo em detrimento do modelo reativo/episódico.

Ademais, o protocolo demonstra um alinhamento estratégico com o arcabouço normativo nacional e internacional. As recomendações guardam harmonia com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020) e convergem com as orientações da

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) sobre intervenções digitais para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Esta última enfatiza que o sucesso de tais intervenções depende da sua integração às políticas públicas de saúde digital, visando a equidade e o acesso universal.

Em última análise, essa convergência institucional valida o telemonitoramento não como uma alternativa acessória, mas como uma estratégia oficial de vigilância em saúde. Ao sistematizar a gestão clínica, o protocolo atua como um instrumento de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, otimizando o tempo das equipes e promovendo a continuidade do cuidado com base nas melhores práticas vigentes, assegurando, em última instância, a segurança do paciente e a resolutividade das intervenções no território (Mendes, 2012; Brasil, 2022; Giovanella et al., 2022).

### **Implicações Práticas e Limitações do Estudo**

A utilidade pragmática deste protocolo transcende a mera organização de fluxos, configurando-se como uma tecnologia de cuidado capaz de reordenar processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (Mendes, 2019; Sarti et al., 2022). Ao oferecer uma estrutura algorítmica de suporte à decisão, o instrumento atua como um potente redutor de incerteza clínica (Kwan et al., 2020). No cenário da Estratégia Saúde da Família, marcado pela alta demanda e pela complexidade dos quadros crônicos, a padronização do telemonitoramento permite que médicos e enfermeiros transcendam o papel de "coletores de dados" para assumirem a posição de gestores do cuidado (Mills et al., 2017). Essa transição é sustentada por uma árvore de decisão que ampara a conduta técnica em evidências científicas de alto nível, mitigando a sobrecarga cognitiva do profissional e, conseqüentemente, reduzindo a variabilidade terapêutica ou inércia clínica que historicamente compromete o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (Omboni et al., 2020; Barroso et al., 2021).

No âmbito da gestão local e distrital, o protocolo preenche uma lacuna crítica ao oferecer uma ferramenta validada passível de ser convertida em indicador de qualidade. Sua integração aos contratos de gestão e ao planejamento das equipes e-Multi permite um monitoramento mais fidedigno da resolutividade assistencial. Mais do que um guia assistencial, o instrumento funciona como um roteiro estratégico para o investimento em infraestrutura. Ele evidencia a premissa de que a inovação digital não é autossuficiente: a tecnologia apenas converte-se em desfechos clínicos positivos, como a redução efetiva dos níveis tensionais e da morbimortalidade, se houver o suporte de um "hardware institucional" adequado, que compreenda desde a conectividade estável até a disponibilidade de dispositivos institucionais (Malta et al., 2021; Almeida et al., 2022; Cavalcante et al., 2022; Rezende et al., 2023).

Sob a perspectiva das Políticas Públicas, este trabalho materializa as diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28), operando a transição necessária do campo das orientações genéricas para a aplicação prática na "ponta" do sistema (Brasil, 2020). Ao ser desenvolvido no contexto de um mestrado profissional, o protocolo assume a natureza de bem público, uma inovação que não onera o erário com custos de licenciamento e que pode ser replicada em diferentes territórios. Essa característica é um pilar para a promoção da equidade digital, garantindo que a transformação tecnológica do SUS não aprofunde as disparidades existentes, mas sirva como mecanismo de democratização do acesso à saúde de qualidade e de fortalecimento da integralidade do cuidado no território brasileiro.

Neste contexto, a implementação deste protocolo na Atenção Primária à Saúde atua como um catalisador dos objetivos da ESD28 (Brasil, 2020), especialmente no que tange à expansão do acesso e à continuidade do cuidado (Harzheim et al., 2020). O telemonitoramento aqui proposto possui um potencial intrínseco de promover a equidade em saúde, uma vez que mitiga barreiras geográficas e temporais que historicamente marginalizam certos grupos (Battineni et al., 2021). Ao oferecer um canal de vigilância sistemático e assíncrono, o protocolo reduz iniquidades para pacientes com dificuldades de locomoção ou para aqueles inseridos no mercado de trabalho formal, cuja adesão aos horários convencionais das Unidades Básicas de Saúde é frequentemente inviabilizada por determinantes socioeconômicos (Giacomini et al., 2021; Silva et al., 2022).

Sob a ótica de Seixas et al. (2019), a transposição das evidências científicas para este instrumento de gestão permitiu sistematizar o conhecimento estruturado para potencializar as tecnologias leves, garantindo que a inovação digital não desumanize a assistência, mas a qualifique.

A natureza de uma investigação científica, especialmente no âmbito de um Mestrado Profissional voltado à intervenção na realidade assistencial, exige o reconhecimento crítico de suas fronteiras. Admitir as limitações do estudo não configura uma fragilidade metodológica, mas sim um exercício de maturidade intelectual que confere validade externa e transparência aos resultados obtidos.

No que tange às limitações metodológicas e de amostragem, a não inclusão da perspectiva do usuário (paciente) na etapa de validação pelo instrumento AGREE II representa uma lacuna importante (Gagliardi et al., 2016). A validação técnica assegura a segurança clínica, mas a usabilidade e a aceitabilidade sob a ótica do paciente são dimensões que demandam investigações subsequentes para garantir a implementabilidade real da ferramenta (Brouwers et al., 2020; Nilsen; Bernhardsson, 2019). É imperativo assegurar que a tecnologia

não se torne uma barreira entre o binômio profissional-usuário, preservando o caráter humanizado da assistência na APS (Lupton, 2016; Sarti et al., 2022).

Sob o prisma estatístico, embora o quantitativo de avaliadores tenha respeitado os critérios de rigor preconizados pelo AGREE II, os dados representam um recorte geográfico e institucional específico. A heterogeneidade do cenário brasileiro implica que resultados obtidos em um determinado contexto podem não capturar as nuances de regionalismos ou as disparidades nos níveis de literacia digital presentes em diferentes estratos da população e do corpo profissional (Albuquerque et al., 2017; Damasceno et al., 2021). Conforme apontado pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (2024), as assimetrias no acesso tecnológico e nas competências digitais variam conforme a região e o estrato socioeconômico. Uma amostra mais ampla e diversificada permitiria uma análise mais granular sobre a reprodutibilidade do protocolo em realidades distintas, minimizando vieses de validade externa (Lopes et al., 2020; Polit; Beck, 2019).

Quanto às limitações operacionais e de infraestrutura, há que se considerar o hiato existente entre a validação em um cenário científico controlado e a implementação no “chão da Unidade Básica” (Barreto, 2021; Grol; Wensing, 2020). O protocolo foi delineado sob uma lógica de fluxo ideal; contudo, a vulnerabilidade infraestrutural do Sistema Único de Saúde, manifestada pela intermitência de conectividade e pelo déficit de dispositivos móveis institucionais, constitui uma barreira externa que transcende o alcance deste instrumento (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2024). O protocolo funciona como o “software” de uma prática assistencial que, para ser efetiva, depende intrinsecamente de um hardware institucional que nem sempre está disponível de forma equânime (Cavalcante et al., 2022; Tasca; Massuda, 2020).

Por fim, emerge a limitação temporal inerente ao campo da Saúde Digital. A velocidade das inovações tecnológicas, o advento de novas ferramentas de Inteligência Artificial e a crescente disponibilidade de dispositivos de monitoramento impõem um desafio de obsolescência rápida. O caráter dinâmico deste setor exige que o protocolo seja compreendido como um documento vivo, carecendo de atualizações periódicas para que os avanços tecnológicos não tornem as recomendações aqui validadas anacrônicas em curto prazo.

## 7 CONCLUSÃO

A presente investigação realizou a construção e validação de um protocolo clínico voltado ao telemonitoramento de pessoas com Hipertensão Arterial no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A metodologia utilizada, partindo de uma revisão de escopo rigorosa até a validação por juízes especialistas, permitiu a materialização de um instrumento que não apenas sistematizou condutas, mas propôs uma nova dinâmica assistencial ancorada na Saúde Digital.

A fundamentação do protocolo, alicerçada pela revisão de escopo, permitiu direcionar sua construção para dimensões críticas, como as tendências globais em telemonitoramento, a eficácia clínica e a necessidade de padronização do cuidado baseado em equipe. A realização do grupo focal revelou-se um passo metodológico essencial, uma vez que permitiu a identificação de lacunas práticas e demandas assistenciais que não haviam sido capturadas na literatura, conferindo maior densidade e realismo ao instrumento.

No processo de validação, a utilização do AGREE II possibilitou uma análise técnica aprofundada em domínios frequentemente negligenciados, como a viabilidade e a usabilidade do protocolo. As contribuições dos juízes foram determinantes para o refinamento do produto, especialmente nos domínios de Rigor do Desenvolvimento, Aplicabilidade e Independência Editorial. Quanto à análise quantitativa, embora o Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-I) tenha demonstrado que 10 dos 23 itens avaliados situaram-se abaixo do limiar de excelência, tal achado reforça o caráter formativo da validação, servindo como indicador para os ajustes necessários que garantiram a robustez técnica para a implementação na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse contexto, esses achados reafirmam que o protocolo não é um "pacote normativo" estático, mas uma ferramenta que exige estratégias de Educação Permanente em Saúde para harmonizar o entendimento e a prática das equipes de Estratégia Saúde da Família.

Observa-se que o protocolo apresenta total potencial de usabilidade para implementação na rede assistencial, podendo gerar impactos significativos na redução de crises hipertensivas evitáveis e na diminuição de internações hospitalares. Ao mitigar a necessidade de deslocamento físico do paciente, a ferramenta não apenas amplia o acesso, mas contribui para o aumento da produtividade social ao reduzir o absenteísmo laboral decorrente de complicações de saúde. Dessa forma, o produto técnico consolida-se como uma nova porta de entrada estratégica para o atendimento da população com hipertensão arterial, promovendo uma assistência contínua, eficiente e alinhada à transformação digital do sistema de saúde.

Do ponto de vista assistencial, a pesquisa conclui que a sistematização do telemonitoramento rompe com modelos de cuidado reativos. Ao organizar fluxos ancorados na

Saúde Baseada em Evidências e no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o protocolo assume o status de uma Tecnologia Leve-Dura. O produto aqui apresentado não substitui o vínculo humano; ao contrário, utiliza a conectividade digital para estender o braço do Estado até o cotidiano do cidadão, superando barreiras geográficas e temporais que aprofundam as iniquidades em saúde.

No plano político-institucional, este trabalho alinha-se de forma intrínseca à Estratégia Saúde Digital para o Brasil (2020-2028). A validação desta ferramenta oferece aos gestores um dispositivo de governança clínica pronto para ser implementado, com potencial para otimizar indicadores cardiovasculares e promover uma APS mais resiliente. Ressalta-se, contudo, que sua eficácia plena depende de investimentos contínuos em infraestrutura tecnológica.

Este trabalho está intrinsecamente alinhado à realidade do município de Fortaleza, onde ferramentas como a teleeducação e a teleconsultoria/2ª opinião formativa já são práticas consolidadas. Mesmo partindo do olhar de uma pesquisadora cirurgiã-dentista que, embora restrita normativamente em sua atuação direta via telessaúde, vivencia diariamente a potência da 2ª opinião formativa no território, o protocolo foi desenhado para ser um dispositivo de governança clínica pronto para ser implementado pela equipe multiprofissional, fortalecendo a resolutividade da APS.

Como recomendação para estudos futuros, sugere-se a realização de pesquisas de implementação para monitorar o impacto longitudinal deste protocolo na redução da morbimortalidade no território. Em suma, este estudo entrega ao SUS não apenas um manual de orientações, mas uma ferramenta de transformação da prática profissional, reafirmando o compromisso do Mestrado Profissional com a produção de ciência aplicada e socialmente referenciada.

## REFERÊNCIAS

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 30 jul. 2025.

ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças e persistências no século XXI. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp., p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S0218>. Acesso em: 05 fev. 2025.

ALEXANDRE, N.M.C., COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência Saúde Coletiva**, v.6, n. 7, p.:3061-8, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 22 jan. 2025.

ALKMIM, M. B. M.; FIGUEIRA, R. M.; MARCOLINO, M. S.; CARDOSO, C. S.; PENA DE ABREU, M.; CUNHA, L. R.; et al. Improving patient access to specialized health care: the telehealth network of Minas Gerais, Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, [S. l.], v. 90, n. 5, p. 373–378, 2012. DOI: 10.2471/BLT.12.101249. Acesso em: 09 dez. 2024.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp. 1, p. 235-251, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E116>. Acesso em: 15 out. 2025.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ. Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência. Cada vida importa: relatório final. Relator: Renato Roseno. Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://www.al.ce.gov.br/index.php/comite-preve-homicidios/relatorios>. Acesso em: 03 abr. 2025.

BARBOSA, William et al. Improving Access to Care: Telemedicine across Medical Domains. **Annu Rev Public Health**. [S.l.]: Annual Reviews Inc., 2020. v. 42. p. 463–481, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090519-093711>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BARRETO, J. O. M. Ciência da implementação: uma síntese de modelos teóricos e estratégias para a saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, e00100421, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100421>. Acesso em: 06 jan. 2026.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 18 out. 2024.

BASHSHUR, Rashid L. et al. The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. **Telemedicine and e-Health**, v. 20, n. 9, p. 769–800, 1 set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.9981>. Acesso em: 29 out. 2024.

BATTINENI, G. et al. Factors affecting the consumer adoption of e-health care in Italy and Brazil. **International Journal of Medical Informatics**, v. 152, e104495, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104495>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BERTONCELLO, K. C. G. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após a laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. Monografia [Graduação] - Escola de Enfermagem de Ribeira Preto da Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BOGGIANI, H. et al. Saúde Digital na Atenção Primária: potencialidades e desafios no SUS. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 27, e220612, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220612>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BOJO, A. K. S.; HALL-LORD, M.L.; AXELSSON, O.; UDÉN, G.; WILDE, L.B. Midwiferycare: development of fan instrument to measure quality base on the World Health Organization's classification of care in normal birth. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 75-83, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00843.x>. Acesso em: 04 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 out. 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_telessaude\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_telessaude_atencao_basica.pdf). Acesso em: 08 mar. 2025.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno\\_atencao\\_basica35.pdf/view](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencao_basica35.pdf/view). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf). Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf). Acesso em: 13 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de saúde cardiovascular: instrutivo para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_cardiovascular\\_instrutivo\\_profissionais.pdf/view](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.pdf/view). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv>. Acesso em: 17 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Estratégia de Saúde Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: instrutivo para profissionais e gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_cardiovascular\\_instrutivo\\_profissionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.pdf). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/>. Acesso em: 14 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Caderno de Atenção Básica nº 35**: Diretrizes para estruturação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde do SUS. 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno\\_atencaobasica35.pdf/view](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica35.pdf/view). Acesso em: 19 jul. 2025.

BROUWERS, M. C. et al. The AGREE-REX (Recommendation Excellence): development and validation of an instrument to assess the clinical validity and implementability of practice guidelines. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00968-0>. Acesso em: 03 jan. 2025.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades do telessaúde em tempos de pandemia pela COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00058020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058020>. Acesso em: 15 nov. 2024.

CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; WEN, C. L.; ALKMIN, M. B. M.; CURY, P.M. A Telemedicina Nacional Programa no Brasil: um instrumento de apoio à atenção primária à saúde. **Latin American Journal of Telehealth**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 39-66, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833912>. Acesso em: 14 out. 2024.

CATAPAN, S. C.; MELO, E. A.; SILVA, A. B.; ALBUQUERQUE, M. V.; CALVO, M. C. M. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, e03302024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03302024>. Acesso em: 28 dez. 2025.

CAVALCANTE, R. B. et al. Digital health and primary health care in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 35, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003784>. Acesso em: 11 jul. 2025.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**: TIC Saúde 2023. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2024. Disponível em: <https://cetic.br/pt/publicacoes/detalhes/tic-saude-2023/>. Acesso em: 09 jan. 2026.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRMDF). **Manual de orientação sobre telemedicina**. Brasília: CRMDF, 2020. Disponível em: <https://www.crmdf.org.br/index.php/servicos/publicacoes/manual-de-orientacao-sobre-telemedicina>. Acesso em: 14 nov. 2024.

COSTA, K. K. R.; CORREIA, D. M. S. A relevância do telemonitoramento para hipertensos: uma revisão integrativa. **Brazilian Applied Science Review**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 1461–1474, maio/jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34115/basrv5n3-013>. Acesso em: 21 jun. 2025.

CRUZ, I. O.; COSTA, S.; TEIXEIRA, R.; FRANCO, F.; GONÇALVES, L. Telemonitoramento da insuficiência cardíaca: a experiência de um centro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 118, n. 3, p. 599–604, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201314>. Acesso em: 30 nov. 2024.

DAMASCENO, S. S. et al. Literacia em saúde digital e o cuidado de enfermagem na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e20210359, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0359>. Acesso em: 03 out. 2025.

DAMÁZIO, L. C. M. Preditores de Risco Cardiovascular na Atenção Primária à Saúde: Reflexões sobre a adoção de modelos não-laboratoriais. . [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/9190/version/9720>>. Acesso em: 24 jun. 2024

DE ALBORNOZ, S. C.; SIA, K. L.; HARRIS, A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: Systematic review. **Family Practice**, v. 39, n. 1, p. 168–182, 1 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>. Acesso em: 15 abr. 2025.

DIAS, E. **Manual de telessaúde para atenção básica, atenção primária à saúde**. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/313012961>>. Acesso em: 05 fev. 2025.

EYSENBACH, G. What is e-health? **Journal of Medical Internet Research**, v. 3, n. 2, e20, 2001. DOI: 10.2196/jmir.3.2. e 20. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20>. Acesso em: 18 jan. 2025.

GAGLIARDI, A. R. et al. Patient and public involvement in clinical practice guidelines: a knowledge synthesis of existing programs. **Implementation Science**, v. 11, n. 63, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0432-5>. Acesso em: 14 nov. 2024.

GAJARAWALA, S. N.; PELICICE, H. L. Telehealth: Benefits and Barriers. **Journal of Medical Research and Innovations**, v. 5, n. 2, e000247, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15419/jmri.247>. Acesso em: 12 out. 2024.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 131-135, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100015>. Acesso em: 29 out. 2024.

GIACOMINI, K. C. et al. Barreiras e facilitadores do acesso à Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4111-4122, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.15572020>. Acesso em: 16 mar. 2025.

GIOVANELLA, L. et al. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 1, p. 21-37, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E101>. Acesso em: 14 jan. 2026.

GROL, R.; WENSING, M. **Improving patient care: the implementation of change in health care**. 3. ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2020. Disponível em: <https://www.wiley.com/enus/Improving+Patient+Care:+The+Implementation+of+Change+in+Health+Care,+3rd+Edition-p-9781119483359>. Acesso em: 14 nov. 2024.

GUAN, R. et al. Effectiveness of telehealth interventions on self-care and quality of life in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 80, n. 1, p. 45-62, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15809>. Acesso em: 12 jun. 2025.

HARZHEIM, E. et al. Digital health as a strategy for the 21st century: the case of Brazil. **The Lancet Digital Health**, v. 2, n. 4, p. e157-e160, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30065-1](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30065-1). Acesso em: 09 jan. 2025.

HARZHEIM, E. et al. Telehealth in the primary health care of the Unified Health System in Brazil: the TelesUS experience. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2353-2362, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.08272021>. Acesso em: 14 nov. 2024.

HALEEM, A. et al. Telehealth for health care: a survey. **Sustainable Operations and Computers**, v. 2, p. 139-152, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.susoc.2021.06.001>. Acesso em: 20 dez. 2024.

HEIDENREICH, P. A. AHA/ACC/HFS A guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology. **Circulation**, [S. l.], v. 145, n. 18, p. e895–e1032, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>. Acesso em: 14 ago. 2025.

JIMENEZ, G. et al. Digital health for advanced practice nurses: an overview. **British Journal of Nursing**, v. 29, n. 12, p. 680-685, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.12.680>. Acesso em: 05 mai. 2025.

KITSOU, V. et al. Patient-Reported Outcomes and Quality of Life in Telemonitoring of Heart Failure and Hypertension: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, 10401, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910401>. Acesso em: 22 jan. 2026.

KOZIK, T. M.; ISAKADZE, N.; MARTIN, S. S. Telehealth and Mobile Health Management of Hypertension. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 36, n. 4, p. 303-305, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000824>. Acesso em: 17 fev. 2025.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. Focus groups: a practical guide for applied research. 5. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2015.

KRUSE, C. S. et al. The barrier to adoption as well as the benefits of telehealth in rural areas: a systematic review. **JMIR Medical Informatics**, v. 6, n. 4, e11347, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11347>. Acesso em: 22 set. 2025.

KUR, Andréia Da Silva Sales; SILVA, Silvia Ortiz Garcia Da; PINHO, Silvia Teixeira de. TELEMEDICINA NO SUS: GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RURAL. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 814–831, 11 out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p814-831>. Acesso em: 08 dez. 2024.

KVEDAR, Joseph; COYE, Molly Joel; EVERETT, Wendy. Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Affairs*, v. 33, n. 2, p. 194–199, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0992>. Acesso em: 14 nov. 2024.

KWAN, J. L. et al. Clinical Decision Support Systems for Hypertension Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 10, p. 1139-1151, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.07.031>. Acesso em: 18 maio 2025.

LILJEROOS, Maria; ARKKUKANGAS, Marina. Implementation of telemonitoring in health care: facilitators and barriers for using eHealth for older adults with chronic conditions. **Risk Management and Healthcare Policy**, [S. l.], v. 16, p. 43–53, 2023. DOI: 10.2147/RMHP.S396495. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S396495>. Acesso em: 13 nov. 2025.

LYNN, M.R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-86, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 14 nov. 2024.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. A. M. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 5, p. 1006-1056, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190205>. Acesso em: 10 dez. 2025.

LOPES, M. V. O. et al. Desafios na validação de protocolos clínicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3363, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4247.3363>. Acesso em: 19 jan. 2026.

LUPTON, D. *The quantified self*. London: Polity Press, 2016.

MA, Y.; ZHANG, J.; LI, Z.; et al. "The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review". **Family Practice**, 2022, v. 39, n.1, p.168–182. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab144>. Acesso em: 08 out. 2025.

MAHTTA, Dhruv; DAHER, Marilyne; LEE, Michelle T.; SAYANI, Saleem; SHISHEHBOR, Mehdi; VIRANI, Salim S. Promise and perils of telehealth in the current era. **Current Cardiology Reports**, v. 23, n. 9, p. 115, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01544-w>. Acesso em: 22 jan. 2026.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das tecnologias digitais: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210008, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.1>. Acesso em: 14 jul. 2025.

MALTA, D. C. et al. A série histórica de 15 anos do Vigitel (2006-2020): o que as estimativas nos contam sobre a saúde dos brasileiros? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220033, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220033>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MARQUEZ, C.M. Mobile health can be patient-centered and help solve inequality issues in Brazil's Unified Health System. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1032412>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MARTINS, Ana Luisa Jorge; MIRANDA, Wanessa Debôrtoli; SILVEIRA, Fabrício; PAES-SOUSA, Rômulo. A Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como estratégia para equidade em saúde e territórios sustentáveis e saudáveis. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. spe1, p. e8828, ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042024E104>. Acesso em: 19 jan. 2025.

MEDEIROS, E. B. et al. Telehealth and Primary Health Care: A Systematic Review. **Telemedicine and e-Health**, v. 28, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0242>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MELO, ESJ; SILVA, MJN; SILVA, APN; BRAGA, HFGM; OLIVEIRA, BSB; MONTEIRO, FPM. Criteria for selecting experts in the evaluation of educational technologies in Nursing: an integrative review. **Rev Rene**. 2024;25:e92942. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242592942>. Acesso em: 05 out. 2025.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34230>. Acesso em: 18 jan. 2026.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. 2019; Feb;28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MILLS, K. T. et al. Effectiveness of Blood Pressure Control Interventions by Professionals: A Systematic Review and Meta-analysis. **The Lancet**, v. 390, n. 10103, p. 1530-1544, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30952-7). Acesso em: 14 nov. 2024.

MORAES, A.M.; VASCONCELOS, D.V.; IMBIRIBA, T. C. O. Os desafios da anamnese e exame físico na sistematização da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Ibero-am hum, cienc, educ.**, v.7, n.1, p.1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/reigpe.v7i1.345>. Acesso em: 08 out. 2025.

MORISKY, D.E.; Green L.W.; Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**. 1986 Jan;24(1):67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>. Acesso em: 10 dez. 2024.

NEVES, A.L.; BURGERS, J. Digital technologies in primary care: Implications for patient care and future research. **European Journal of General Practice**, v. 28, n. 1, p. 203–208, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2131238>. Acesso em: 14 nov. 2025.

NILSEN, P.; BERNHARDSSON, S. Context moves from the background to the foreground in implementation science: theoretical and practical implications. **Implementation Science**, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0935-2>. Acesso em: 05 fev. 2025.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 5, p. 1006-1056, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190205>. Acesso em: 10 dez. 2024.

OMBONI, S. et al. Digital Health and the Management of Hypertension. **The Lancet Digital Health**, v. 2, n. 12, e662-e674, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30248-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30248-0). Acesso em: 22 jan. 2026.

OMBONI, S. et al. Evidence and Recommendations on the Use of Telemedicine for the Management of Arterial Hypertension: An International Expert Position Paper. **Hypertension**, v. 76, n. 5, p. 1368-1383, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15873>. Acesso em: 28 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth**. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/252529>. Acesso em: 14 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças cardiovasculares**. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 12 jan. 2026.

PARATI, G. et al. European Society of Hypertension practice guidelines for specialized centers: remote monitoring of blood pressure in hypertension. **Journal of Hypertension**, v. 39, n. 8, p. 1511-1521, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002885>. Acesso em: 18 ago. 2025.

PARÉ, G.; JAANA, M.; SICOTTE, C.; Systematic Review of Home Telemonitoring for Chronic Diseases: The Evidence Base. **Journal of the American Medical Informatics Association**. [S.l.: s.n.], maio 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/jamia.M2270>. Acesso em: 18 mar. 2025.

PASQUALI, **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: UnB, 1997.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: Laboratório de Pesquisa em avaliação e medida – LabPAM, 1999.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 5. ed. Petrópolis, R. J: Vozes, 2013.

PEREIRA, F.H.M.; SANTOS, C.A.N. Percepções de médicos e pacientes da atenção primária sobre a telemedicina durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3468, 21 dez. 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3468](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3468). Acesso em: 30 out. 2024.

PIROPO, T. G.; RAMOS, A. S. M. Telessaúde e a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde: limites e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, e8185, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202414008>. Acesso em: 14 out. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Manual de teleconsulta na APS**. Porto Alegre, jun. 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/manuais/manual\\_teleconsulta\\_aps.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/manuais/manual_teleconsulta_aps.pdf). Acesso em: 18 nov. 2025.

RABELO, S.E.R, MANTOVANI V.M., SAFFI M.A.L. Translação do conhecimento e avanços nas práticas de saúde e de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2022; v. 43(esp): e20220165. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220165.pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

REZENDE, R. et al. O papel da telessaúde no apoio às equipes multiprofissionais da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 18, n. 45, p. 3214, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3214](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3214). Acesso em: 12 nov. 2024.

REZENDE, L.C.; RIBEIRO, E.G.; PARREIRAS, L.C.; GUIMARÃES, R.A.; REIS, G.M.; CARAJÁ, A.F.; FRANCO, T.B.; MENDES, L.P.S.; AUGUSTO, V.M.; SILVA, K.L.. Telehealth and telemedicine in the management of adult patients after hospitalization for COPD exacerbation: a scoping review. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 49, n. 3, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220336>. Acesso em: 05 fev. 2025.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100004>. Acesso em: 18 ago. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde (APS)**. Versão 1. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, abr. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202104/14101150-guia-orientador-telessaude-aps-rs.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2026.

ROSA, M. M.; ALMEIDA, R. N.; FREITAS, D. R. J.; SILVA, G. S.; RODRIGUES, H. C. Desafios de hipertensos no acesso à atenção primária durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrada. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e16911931576, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31576>. Acesso em: 13 nov. 2024.

ROSENDE, A.; DIPETTE, D.; BRETTLER, J.; RODRIGUEZ, G.; ZUNIGA, E.; CONNELL, K. HEARTS in the Americas appraisal checklist and clinical pathway for comprehensive hypertension management in primary care. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e125. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.125>. Acesso em: 21 mar. 2025.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>. Acesso em: 12 nov. 2024.

SANTOS, A. F.; ALVES, H. J.; SOUZA, C.; SANTOS, S. F.; TORRES, R. M.; MELO, M. C. B. Telessaúde: aspectos gerais na atenção primária. 012. [Belo Horizonte]: Núcleo de Telessaúde da Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3831.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2025.

SANTOS, J. L. G. et al. Translação do conhecimento: estratégia para aproximar a pesquisa e a prática clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 39, e20170251, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.e2017-0251>. Acesso em: 05 jan. 2026.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Enfrentamento à Covid-19 em São Paulo: orientações para o teleatendimento na Atenção Básica. São Paulo: SMS, 24 jul. 2020. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=298714](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=298714). Acesso em: 14 nov. 2025

SARTI, T. D. et al. O telessaúde na Atenção Primária à Saúde: o que aprendemos com a pandemia? *Saúde em Debate*, v. 46, n. esp. 1, p. 252-266, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporation of telehealth in primary healthcare and associated factors in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00218621>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, e180122, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180122>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SILVA, A. B. et al. Telessaúde no Brasil: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 10, e00014722, 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/380709248>. Acesso em: 12 nov. 2025.

SILVA FILHO, F.C.O.; MARIANO, C.M. Fronteiras invisíveis e deslocamentos forçados: impactos da “guerra” de facções na periferia de Fortaleza (Ceará, Brasil). *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1548–1570, jul./set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/43288>. Acesso em: 14 mai. 2025.

SILVA, J. A era dos dispositivos digitais na promoção da saúde: conectando o cuidado. *Revista Saúde Digital*, v. 10, n. 2, p. 45-58, 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/380709248>. Acesso em: 29 nov. 2024.

SNOSWELL, C. L. Telehealth uptake in general practice as a result of the coronavirus (COVID-19) pandemic. **Australian Health Review**. [S.l.]: CSIRO. 1 set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/AH20183>. Acesso em: 14 out. 2024.

SOUSA, V. L. P. Nursing teleconsultation in primary health care: scoping review. **Revista latino-americana de enfermagem**. [S.l.: s.n.], 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/AH20183>. Acesso em: 14 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Acesso em: 22 nov. 2025.

STOLTZFUS, M. The role of telemedicine in healthcare: an overview and update. **The Egyptian Journal of Internal Medicine**, v. 35, n. 1, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00216-7>. Acesso em: 04 out. 2024.

TASCA, R.; MASSUDA, A. Estratégias para fortalecer o Sistema Único de Saúde brasileiro no momento pós-pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. supl. 2, p. 4163-4170, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28172020>. Acesso em: 12 nov. 2024.

TAYLOR, J. et al. Cost-effectiveness of telehealth interventions for chronic disease management: A systematic review. **Journal of Medical Systems**, v. 45, n. 9, p. 82, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10916-021-01761-1>. Acesso em: 20 jul. 2025.

VASCONCELOS, G. G. D. Construção e evidências de validade de protocolo de teleconsulta ao paciente portador de insuficiência cardíaca. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/72431>. Acesso em: 19 nov. 2025.

VEGTER, A. R. et al. Telemonitoring for heart failure: a meta-analysis. **European Journal of Heart Failure**, v. 22, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1754>. Acesso em: 18 out. 2025.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde: a importância da estratégia de saúde digital no Brasil para a educação e assistência. **Revista de Medicina**, v. 101, n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i1e-192154>. Acesso em: 14 out. 2025.

WESTMORELAND, D.; DONNA, R.N.; WESORICK, B. R.N.; HANSON, D.R.N.; B.S.N, M.M.; WYNGARDEN, K.; FREDERICK, M.D. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-200007000-00004>. Acesso em: 14 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline**: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>. Acesso em: 14 jul. 2025.

YUSOFF, M. S. B. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. **Education in Medicine Journal**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>. Acesso em: 12 nov. 2024.

ZLUHLAN, L.S. Percepção dos enfermeiros sobre teleconsulta de enfermagem na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0268>. Acesso em: 29 jan. 2025.

**APÊNDICE A**

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARTA CONVITE – PROFISSIONAL – GRUPO FOCAL

Prezado (a),

Eu, Ana Flávia Bomfim de Melo, convido-o (a) a participar da pesquisa intitulada: **CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONTORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob orientação do Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo e Coorientação do Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe. O estudo objetiva construir e validar um protocolo de telemonitoramento a ser utilizado para pacientes hipertensos diagnosticados e que encontram-se sem acompanhamento de sua condição crônica junto à APS. Cabe destacar que o estudo foi previamente aprovada pelo CEP da UNILAB. A tecnologia será utilizada por profissionais médicos e enfermeiros que prestam cuidados aos pacientes com Hipertensão Arterial na APS, favorecendo a tomada de decisão da equipe e uma assistência mais qualificada. O interesse em lhe convidar partiu do reconhecimento de sua experiência teórica/prática com a temática, ajudando assim na posterior criação da tecnologia. Para a coleta de dados será realizado um grupo focal com profissionais experientes como você, gerando discussões acerca da temática em data e horário marcado, onde o (a) Sr. (a) deverá comparecer presencialmente. Para confirmar sua participação, solicito-lhe que preencha o item que melhor lhe couber.

Desde já agradecemos sua participação!

Ana Flávia Bomfim de Melo, Prof.. Dr. Thiago Moura de Araújo e Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe

(        ) ACEITO participar do estudo

(        ) NÃO ACEITO participar do estudo

**APÊNDICE B**

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS –  
GRUPO FOCAL**

**TÍTULO DA PESQUISA: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE  
PROTOCOLO PARA TELEMONTORAMENTO DE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**NOME DOS PESQUISADORES: Ana Flávia Bomfim de Melo, Prof. Dr. Thiago Moura  
de Araújo e Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe**

ENDEREÇO: Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62.790-000. Redenção-CE.  
TELEFONES: (85) 3332-6189

Prezado(a) Colaborador(a),

O(a) Sr (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, que irá construir e validar um protocolo de telemonitoramento de pessoas com hipertensão arterial na Atenção Primária.

**1. POR QUE O SR.(A). ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?**

O convite é para participar de um grupo focal para expressar opiniões sobre sua prática clínica em relação ao acompanhamento de pacientes com Hipertensão Arterial e o que considera importante para uma assistência mais assertiva. Você foi escolhido para participar pela sua vivência e experiência na área de interesse. O seu conhecimento e opinião expressados no grupo irão contribuir para a qualificação da assistência Médica e de Enfermagem às pessoas com Hipertensão Arterial, e equipe multiprofissional, otimizando a promoção em saúde e dando maior suporte para construção da tecnologia baseada na experiência de profissionais que atuam na área.

**2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?**

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr. (a) deverá comparecer no dia e hora programados presencialmente, para conversarmos sobre aspectos relacionados às suas necessidades frente o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial. Lembramos que a sua participação é voluntária, e o (a) Sr. (a) tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o grupo focal sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma penalização caso o (a) Sr. (a) decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o (a) Sr. (a) poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

### 3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente a pesquisadora responsável, sua equipe e os demais participantes do grupo focal saberão que o (a) Sr. (a) está participando desta pesquisa. Entretanto, caso o (a) Sr. (a) deseje que o seu nome conste do trabalho final, nós respeitaremos sua decisão. Basta que marque ao final deste termo a sua opção.

### 4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE DOS DADOS.

Todos os dados e informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer serão guardados da forma mais sigilosa possível, na tentativa de manter confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Todos os dados fornecidos serão utilizados somente para esta pesquisa, sendo armazenados em local seguro, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa, incluindo o documento do TCLE. Quaisquer dados que possam identificar os participantes serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

### 5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

Os procedimentos utilizados na pesquisa, como participar do grupo onde irá posicionar-se para contribuição da construção e validação de uma tecnologia de intervenção e acompanhamento, apresentam risco como desconforto emocional relacionado ao desgaste da fala e dificuldade em se expressar ou desinteresse, que será reduzido pelo acolhimento e orientações da pesquisadora nesta etapa.

### 6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com o estudo são a participação na elaboração de um conteúdo padronizado de protocolo clínico de telemonitoramento voltado para pessoas com Hipertensão Arterial, para que se tenha uma melhoria da qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial focando na equidade do cuidado à população, na integralidade da assistência e na redução de danos advindos da ausência de acompanhamento dos pacientes com HA .

### 7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.

Se o (a) Sr. (a) necessitar de esclarecimento ou orientação durante a pesquisa, será encaminhada por Ana Flávia Bomfim de Melo, email: [anaflavia.ceonascete@gmail.com](mailto:anaflavia.ceonascete@gmail.com), poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Tel: (85) 3332-6190, para receber maiores orientações sobre a pesquisa. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

### 8. ESCLARECIMENTOS

Se o(a) Sr.(a) desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado no endereço: Avenida da Abolição, nº 3, Centro, Sala

13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade. CEP: 62.790-000, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br).

#### 9 CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar este documento, que será elaborado em duas vias: uma via deste Termo ficará com o(a) Sr.(a) e a outra ficará com o pesquisador. Este Termo será entregue em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via com a pesquisadora responsável e a outra com o participante. Este Termo será enviado ao participante por meio de um link, no qual poderá realizar o download de uma via para sua guarda.

#### 10. CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina/preenche o presente termo.

#### 11. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr. (a). declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, preenche o presente termo.

- SIM - Li e concordo em participar da pesquisa
- NÃO - Li e não quero participar da pesquisa.

---

Assinatura do Participante

**APÊNDICE C**

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO  
MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A) - GRUPO FOCAL**

Código: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:

1 - Feminino

2 - Masculino

Ano de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência em atendimento a pacientes com Hipertensão Arterial?

\_\_\_\_\_

Já observou uma grande descontinuidade de acompanhamento de hipertensos na sua atividade profissional por evasão do paciente?

1 - Sim

2 - Não

Já vivenciou agravos e complicações no atendimento a pacientes com HA na APS?

1 - Sim

2 - Não

Se sim, como identifica os sinais de risco?

\_\_\_\_\_

Se sim, quais as principais estratégias/intervenções de cuidado que utiliza?

\_\_\_\_\_

No seu cotidiano você utiliza alguma estratégia ou tecnologia para resgatar esses pacientes diagnosticados com HA e que encontram desacompanhados pela APS?

1 - Sim

2 - Não

Se usa, quais as sugestões deixariam para a construção de um Protocolo de Telemonitoramento de Pessoas com Hipertensão Arterial na Atenção Primária?

---

---

---

## APÊNDICE D

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL

**Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

**Pesquisadores: Ana Flávia Bomfim de Melo, Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo e Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe**

Atividade	Justificativa	Material /Equipamentos
<p>1. Planejar o momento do Grupo Focal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Preparar dinâmica</li> <li>-Definir Critérios de elegibilidade dos participantes</li> <li>-Determinar data para a realização do momento do GF</li> <li>-Definir a coordenação</li> <li>-Número de sessões</li> <li>-Número de participantes por sessão;</li> </ul> <p>1.1 -Local de realização</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as ferramentas de operacionalização?</li> <li>- Guia de temas</li> <li>- Focar no objetivo</li> <li>- Preparar a questão norteadora</li> </ul>	<p>Definir a estrutura do momento a ser realizado e levantar todas as necessidades para a sua execução</p>	<p>- Auditório da UAPS Dom Aloísio Lorscheider.</p> <p>-Objetivo: Conhecer a atuação dos profissionais frente aos pacientes com Hipertensão Arterial.</p> <p>Questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Como os protocolos de atendimento a pacientes com hipertensão arterial são utilizados na sua unidade para orientar o acompanhamento e controle da doença?</li> <li>* Quais estratégias previstas nos protocolos da APS são aplicadas para lidar com pacientes que apresentam baixa adesão ao monitoramento da hipertensão arterial?</li> <li>* De acordo com sua experiência, quais são as condutas necessárias para o atendimento e monitoramento de pacientes com hipertensão utilizando a telessaúde?</li> </ul>
<p>2- Recrutamento dos participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecionar os participantes que receberão os convites.</li> <li>-Enviar convite por conveniência e utilizando app de mensagem.</li> </ul>	<p>Selecionar os participantes do grupo focal.</p>	<p>-Carta Convite e TCLE enviados por aplicativo de mensagem ou <i>e-mail</i>.</p> <p>- 2 médicos e 2 enfermeiros participantes segundo critérios de elegibilidade e que aceitaram participar da pesquisa. Data e horário da reunião definidos de acordo com a conveniência do grupo focal.</p>

<p>- Solicitar indicação de horário de preferência para aqueles que aceitarem participar.</p> <p>-Enviar convite por e-mail para os participantes que concordaram em participar.</p>		
<p>3- Confirmar participação um dia antes da realização</p>	<p>Checar a presença de todos e lembrá-los do horário agendado e local.</p>	<p>- App de mensagem</p> <p>- Confirmar disponibilidade do Auditório.</p>
<p>4 – Executar o grupo focal 1ª HORA:</p> <p>-Apresentar brevemente o projeto e o objetivo do encontro;</p> <p>-Explicação sobre a sequência da dinâmica.</p> <p>-Disposição das cartolinas.</p>	<p>. Contextualizar a temática</p>	<p>-Pesquisadora reforçará os objetivos da pesquisa e informará que os dados serão registrados em cartolinas fornecidas aos participantes.</p>
<p>- Realização de discussão de acordo com as questões norteadoras</p> <p>2a. HORA:</p> <p>-Aplicar;</p> <p>-Fechamento</p>		<p>Todos os participantes serão incentivados a expressar suas opiniões na construção do Protocolo caracterizando as condições pelas quais a ausência no acompanhamento da HA tem sido evidente.</p> <p>-Em cartolinas, os participantes serão incentivados a escreverem os fatores que considerarem, em sua vivência e prática diária, relevantes para que sejam adicionados ao Protocolo de Telemonitoramento para que consigamos resgatar e acompanhar os usuários em sua condição crônica.</p>

**APÊNDICE E**

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**VERSÃO PRELIMINAR DO PROTOCOLO DE TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE**

Prontuário:

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Sexo:  Masculino  Feminino

Gênero: \_\_\_\_\_

Religião:  Católico  Evangélico  Outros  Ateu

Estado Civil:  Casado  Solteiro  Divorciado  Viúvo  União Estável

Renda Familiar:  Menos de 1 salário mínimo  1-2 salários mínimos  
 2-4 salários mínimos  mais de 4 salários mínimos

Valor do Salário Mínimo Vigente: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

Sem instrução

Ensino fundamental incompleto/completo

Ensino médio incompleto/completo

Ensino superior incompleto/completo

Pós-graduação

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Cor/raça (autodeclarada):  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Local de residência:  Zona urbana  Zona rural

Endereço (bairro/comunidade): \_\_\_\_\_

Composição familiar (quem mora com a pessoa): \_\_\_\_\_

Segurança Física no meio ambiente:

Moradia segura e estável

Exposição a violência (doméstica, comunitária, etc.)

Riscos ambientais (alagamentos, lixo, animais peçonhentos, etc.)

Falta de iluminação, trancas ou segurança básica na residência

**2. ANAMNESE**

2.1 Queixa Principal: \_\_\_\_\_

2.2 História da Doença Atual

Há quanto tempo foi diagnosticado com hipertensão? \_\_\_\_\_

Em tratamento anti-hipertensivos?  Sim  Não

Cefaleia (dor de cabeça), geralmente na nuca ou ao acordar

- Tontura ou vertigem
- Zumbido no ouvido
- Visão turva ou embaçada
- Palpitações ou sensação de batimentos cardíacos acelerados
- Dor no peito ou sensação de peso
- Fadiga ou cansaço excessivo
- Falta de ar (dispneia)
- Náuseas ou mal-estar geral
- Sangramento nasal
- Edema em membros inferiores
- Alterações neurológicas (formigamento, confusão mental, dificuldade na fala ou no movimento)
- Dor torácica intensa
- Falta de ar súbita
- Redução na diurese ou inchaço corporal

### 2.3 Antecedentes Pessoais

Circunstância do diagnóstico:

- Avaliação de rotina
- Queixa de sintomas (ex: cefaleia, tontura)
- Internação/emergência
- Outro: \_\_\_\_\_

Valor da PA no diagnóstico (se conhecido): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Presença de sintomas no início da doença:

- Cefaleia    Tontura    Zumbido    Visão turva
- Palpitações    Outros: \_\_\_\_\_

Histórico de crises hipertensivas?

- Sim    Não
- Frequência: \_\_\_\_\_
- Episódios recentes?  Sim    Não

Complicações relacionadas à HAS já ocorridas:

- AVC    Infarto    Insuficiência renal
- Retinopatia hipertensiva    Outras: \_\_\_\_\_

Tratamentos já realizados:

- Medicamentos utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_
- Já fez uso de múltiplos anti-hipertensivos?  Sim    Não
- Aderência ao tratamento no passado:
  - Adequada    Irregular    Ausente

Monitoramento da pressão arterial ao longo do tempo:

- Mede regularmente em casa
- Acompanha na Unidade de Saúde
- Não realiza controle periódico

Comorbidades:

- Diabetes
- Dislipidemia
- Obesidade
- Asma
- Insuficiência Renal
- DPOC
- Câncer

Outras \_\_\_\_\_

#### 2.4 Antecedentes Familiares

HAS

Diabetes

Dislipidemia

Obesidade

Asma

Insuficiência Renal

DPOC

Câncer

Outras \_\_\_\_\_

#### 2.5 Hábitos

Realiza atividade física?  Sim  Não

Se sim, quantas vezes por semana e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Realiza atividade sexual?  Sim  Não

Se sim, quantas vezes por mês: \_\_\_\_\_

- Hábitos Alimentares

→ Realiza dieta orientada por nutricionista?  Sim  Não

→ Realiza dieta sem orientação de nutricionista?  Sim  Não

→ Consumo de Sal:  Sim  Não

→ Consumo de Gordura:  Sim  Não

- Balanço Hídrico

→ Ingere quantos litros de água por dia? \_\_\_\_\_

→ Urina quantas vezes ao dia? \_\_\_\_\_

- Estilo de Vida

→ Tabagismo:

Nunca fumou

Fumante ativo → Qtde/dia: \_\_\_\_\_

Ex-tabagista → Parou há quanto tempo? \_\_\_\_\_

→ Etilismo (uso de álcool):

Não consome

Consumo ocasional

Consumo frequente → Tipo e frequência: \_\_\_\_\_

→ Padrão de sono:

Sono reparador

Dificuldade para dormir

Acorda frequentemente à noite Média de horas de sono por noite: \_\_\_\_\_

→ Estresse emocional:

Não apresenta

- Estresse leve  Estresse moderado  Estresse intenso  
 Situações ou gatilhos frequentes: \_\_\_\_\_  
 → Acompanhamento psicológico/psiquiátrico:  
 Sim  Não → Se sim, qual profissional: \_\_\_\_\_
- Adesão ao tratamento não medicamentoso (mudança de hábitos):  
 Boa  Parcial  Não aderente
- Lazer  
 Possui momentos de lazer regularmente  
 Não realiza atividades de lazer  
 Tipo de atividade: \_\_\_\_\_  
 Frequência: \_\_\_\_\_

### 3 EXAME FÍSICO

#### 3.1 Ectoscopia

- Estado Geral :  Bom  Regular  Ruim  
 → Estado Nutricional:  Emagrecido  Eutrófico  Obesidade  
 → Estado de Higiene:  Bom  Regular  Ruim  
 → Estado de Orientação (tempo e espaço):  Orientado  Desorientado  
 → Fala e Linguagem:  Preservada  Alterada  
 → Cianose (ponta dos dedos, nariz e lábios):  Sim  Não  
 → Icterícia (mucosa dos olhos):  Sim  Não  
 → Hidratação (pele):  Hidratado  Desidratado  
 → Integridade Física  
 Sem alterações  
 Déficit de mobilidade  
 Feridas crônicas ou cicatrizes  
 Amputações ou sequelas funcionais
- Sensopercepção  
 Visão:  Preservada  Prejudicada → Usa óculos?  Sim  
 Audição:  Preservada  Prejudicada → Usa aparelho auditivo?  
 Orientação no tempo e espaço:  Orientado  Desorientado  
 Fala e compreensão:  Preservadas  Com limitações

#### 3.2 Medidas Corporais

- Peso: \_\_\_\_\_  
 → Altura: \_\_\_\_\_  
 → Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_  
 → IMC: \_\_\_\_\_

### 4 TERAPIA MEDICAMENTOSA

- Está sob algum tratamento medicamentoso?  Sim  Não  
 Se sim, data da última receita: \_\_\_\_\_  
 Quais medicações estão em uso:  
 Hidroclorotiazida – 25 mg  
 Clortalidona – 25 mg  
 Captopril – 25 mg

- Enalapril – 10 mg
- Losartana potássica – 50 mg
- Atenolol – 25 mg / 50 mg
- Propranolol – 40 mg
- Anlodipino – 5 mg / 10 mg
- Nifedipino (retard) – 20 mg
- Hidralazina – 25 mg
- Metildopa – 250 mg
- Outros Quais? \_\_\_\_\_

Esquema terapêutico atual:

---



---



---



---

### 5 ADESÃO TERAPÊUTICA (Teste de Morisky) (MORISKY *et al.*, 2008)

- Você, alguma vez, esqueceu de tomar o seu remédio?
  - Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente
- Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?
  - Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente
- Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar o seu remédio?
  - Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente
- Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomar o seu remédio?
  - Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente

### 6 EXAMES COMPLEMENTARES

- Exames laboratoriais básicos:
  - Glicemia de jejum Resultado: \_\_\_\_\_
  - Creatinina sérica + Estimativa de TFG (tx de filtração glomerular) Resultado: \_\_\_\_\_
  - Potássio sérico Resultado: \_\_\_\_\_
  - Colesterol total e frações (HDL, LDL) e Triglicerídeos Resultado: \_\_\_\_\_
  - Urina tipo I (EAS) Resultado: \_\_\_\_\_
  - Ácido úrico Resultado: \_\_\_\_\_
- Exames complementares não laboratoriais:
  - Eletrocardiograma (ECG) Resultado: \_\_\_\_\_
  - Fundoscopia Resultado: \_\_\_\_\_
- MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou MRPA (Monitoramento Residencial da PA)

Resultado: \_\_\_\_\_

---



---



---

**7 PLANO DE AÇÃO**

---

---

---

---

**Assinatura Digital do Profissional e Conselho**

## APÊNDICE F

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

### VERSÃO ADAPTADA (PÓS GRUPO FOCAL) DO PROTOCOLO DE TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### DOMÍNIO 1: ESCOPO E FINALIDADE

- **Objetivo Geral:** Padronizar a assistência remota à pessoa com Hipertensão Arterial na Atenção Primária.
- **Questões Clínicas:** Como realizar a anamnese, o exame físico (ectoscopia), a avaliação da adesão e o plano de ação via telessaúde?
- **Público-alvo:** Pessoas diagnosticadas com HA atendidas na Estratégia Saúde da Família.

#### DOMÍNIO 2: ENVOLVIMENTO DAS PARTES INTERESSADAS

- **Grupo de Desenvolvimento:** Composto por enfermeiros e médicos com expertise em APS e Saúde Digital.
- **Validação:** Conteúdo validado por juízes especialistas e refinado em Grupo Focal com profissionais da ponta.
- **Usuários-alvo:** Enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde.

#### DOMÍNIO 3: RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

- **Base de Evidências:** Revisão de Escopo e diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).
- **Crterios de Seleção:** Evidências com alto grau de recomendação e validade clínica.
- **Processo de Revisão:** Validação por Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e escala AGREE II.

## DOMÍNIO 4: CLAREZA E APRESENTAÇÃO (INSTRUMENTO OPERACIONAL)

Este domínio contempla as recomendações específicas e a estrutura do atendimento.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO REMOTO

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

#### 1. CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário:

Nome:

Nome Social:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Sexo:  Masculino  Feminino Gênero: \_\_\_\_\_

Religião:  Católico  Evangélico  Outros  Ateu

Estado Civil:  Casado  Solteiro  Divorciado  Viúvo  União Estável

Renda Familiar:  Menos de 1 salário mínimo  1-2 salários mínimos  
 2-4 salários mínimos  mais de 4 salários mínimos

Recebe algum benefício do governo?  Sim  Não

Escolaridade:  Sem instrução  
 Ensino fundamental incompleto/completo  
 Ensino médio incompleto/completo  
 Ensino superior incompleto/completo  
 Pós-graduação

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Cor/raça (autodeclarada):  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Local de residência:  Zona urbana  Zona rural

Endereço (bairro/comunidade): \_\_\_\_\_

Composição familiar (quem mora com a pessoa): \_\_\_\_\_

Segurança Física no meio ambiente:

- Moradia segura e estável  
 Riscos ambientais (alagamentos, lixo, animais peçonhentos, ausência de saneamento, ausência de abastecimento de água, etc.)  
 Falta de iluminação, trancas ou segurança básica na residência

#### 2. ANAMNESE

2.1 Queixa Principal: \_\_\_\_\_

##### 2.2 História da Doença Atual

Há quanto tempo foi diagnosticado com hipertensão? \_\_\_\_\_

Em tratamento anti-hipertensivos?  Sim  Não

- Cefaleia (dor de cabeça), geralmente na nuca ou ao acordar  
 Tontura ou vertigem  Zumbido no ouvido  Visão turva ou embaçada  
 Palpitações ou sensação de batimentos cardíacos acelerados  
 Dor no peito ou sensação de peso  Fadiga ou cansaço excessivo  
 Falta de ar (dispneia)  Náuseas ou mal-estar geral  Sangramento nasal  
 Edema em membros inferiores  
 Alterações neurológicas (formigamento, confusão mental, dificuldade na fala ou no movimento)  Dor torácica intensa  Falta de ar súbita  
 Redução na diurese ou inchaço corporal  Espuma na urina

### 2.3 Antecedentes Pessoais

Circunstância do diagnóstico:

- ( ) Avaliação de rotina  
 ( ) Queixa de sintomas (Cefaleia, Tontura, Zumbido, Visão turva, Palpitações, Outros)  
 ( ) Internação/emergência ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Histórico de crises hipertensivas? ( ) Sim ( ) Não

→ Frequência: \_\_\_\_\_

→ Episódios recentes? ( ) Sim ( ) Não

Complicações relacionadas à HAS já ocorridas:

- ( ) AVC ( ) Infarto ( ) Insuficiência renal ( ) Retinopatia hipertensiva ( ) Outras: \_\_\_\_\_

Tratamentos já realizados:

→ Medicamentos utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_

→ Já fez uso de múltiplos anti-hipertensivos? ( ) Sim ( ) Não

→ Adesão ao tratamento no passado: ( ) Adequada ( ) Irregular ( ) Ausente

Monitoramento da pressão arterial ao longo do tempo:

- ( ) Mede regularmente em casa  
 ( ) Acompanha na Unidade de Saúde  
 ( ) Não realiza controle periódico

Comorbidades:

- ( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) Obesidade ( ) Asma ( ) Insuficiência Renal ( ) DPOC  
 ( ) Câncer ( ) Outras: \_\_\_\_\_

### 2.4 Antecedentes Familiares

- ( ) HAS ( ) Diabetes ( ) Dislipidemia ( ) Obesidade ( ) Asma ( ) Insuficiência Renal  
 ( ) DPOC ( ) Câncer ( ) Outras: \_\_\_\_\_

### 2.5 Hábitos

Realiza atividade física? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas vezes por semana e por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Realiza atividade sexual? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quantas vezes por mês: \_\_\_\_\_

#### • Hábitos Alimentares

→ Realiza dieta orientada por nutricionista? ( ) Sim ( ) Não

→ Realiza dieta sem orientação de nutricionista? ( ) Sim ( ) Não

→ Consumo de Sal: ( ) Sim ( ) Não → Consumo de açúcar: ( ) Sim ( ) Não

→ Consumo de Gordura: ( ) Sim ( ) Não

#### • Balanço Hídrico

→ Inger quantos litros de água por dia? \_\_\_\_\_

→ Urina quantas vezes ao dia? \_\_\_\_\_

#### • Estilo de Vida

→ **Tabagismo:**

( ) Nunca fumou ( ) Fumante ativo → Qtde/dia: \_\_\_\_\_

( ) Ex-tabagista → Parou há quanto tempo? \_\_\_\_\_

→ **Etilismo:**

( ) Não consome ( ) Consumo ocasional ( ) Consumo frequente

→ **Padrão de sono:**

( ) Sono reparador ( ) Dificuldade para dormir ( ) Acorda frequentemente à noite

→ **Estresse emocional:**

( ) Não apresenta ( ) Estresse leve ( ) Estresse moderado ( ) Estresse intenso

→ **Acompanhamento psicológico/psiquiátrico:**

Sim  Não → Se sim, qual profissional: \_\_\_\_\_

→ **Adesão ao tratamento não medicamentoso (mudança de hábitos):**

Boa  Parcial  Não aderente

→ **Lazer:**

Possui momentos de lazer regularmente  Não realiza atividades de lazer

**3 EXAME FÍSICO****3.1 Ectoscopia**

→ Estado Geral:  Bom  Regular  Ruim

→ Estado Nutricional:  Emagrecido  Eutrófico  Obesidade

→ Estado de Higiene:  Bom  Regular  Ruim

→ Estado de Orientação (tempo e espaço):  Orientado  Desorientado

→ Fala e Linguagem:  Preservada  Alterada

→ Cianose (ponta dos dedos, nariz e lábios):  Sim  Não

→ Icterícia (mucosa dos olhos):  Sim  Não

→ Hidratação (pele):  Hidratado  Desidratado

→ Integridade Física

Sem alterações  Déficit de mobilidade  Feridas crônicas ou cicatrizes

Amputações ou sequelas funcionais

→ Sensopercepção:

Visão:  Preservada  Prejudicada → Usa óculos?  Sim

Audição:  Preservada  Prejudicada → Usa aparelho auditivo?

Orientação no tempo e espaço:  Orientado  Desorientado

Fala e compreensão:  Preservadas  Com limitações

**3.2 Medidas Corporais**

→ Peso: \_\_\_\_\_ → Altura: \_\_\_\_\_ → IMC: \_\_\_\_\_ → Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

**4 TERAPIA MEDICAMENTOSA**

Está sob algum tratamento medicamentoso?  Sim  Não

Quais medicações estão em uso:

Hidroclorotiazida 25 mg  Clortalidona 25 mg  Captopril 25 mg

Enalapril 10 mg  Losartana potássica 50 mg  Atenolol 25 mg / 50 mg

Propranolol 40 mg  Anlodipino 5 mg / 10 mg  Nifedipino (retard) 20 mg

Hidralazina 25 mg  Metildopa 250 mg  Outros Quais? \_\_\_\_\_

Esquema terapêutico atual:

**5 ADESÃO TERAPÊUTICA (Teste de Morisky) (MORISKY *et al.*, 2008)**

• Você, alguma vez, esqueceu de tomar o seu remédio?

Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente

• Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?

Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente

• Quando você se sente bem, algumas vezes, você deixa de tomar o seu remédio?

Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente

• Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomar o seu remédio?

Não  Sim - não intencional  Sim – intencionalmente

## 6 EXAMES COMPLEMENTARES

- **Exames laboratoriais básicos**  
 Glicemia de jejum Resultado: \_\_\_\_\_  
 Creatinina sérica + Estimativa de TFG Resultado: \_\_\_\_\_  
 Potássio sérico Resultado: \_\_\_\_\_  
 Colesterol total e frações (HDL, LDL)  
 Triglicerídeos Resultado: \_\_\_\_\_  
 Urina tipo I (EAS) Resultado: \_\_\_\_\_  
 Ácido úrico Resultado: \_\_\_\_\_  
 Hemoglobina glicada (HbA1c): \_\_\_\_\_  
 Albumina Resultado: \_\_\_\_\_
- **Exames complementares não laboratoriais**  
 ( ) Eletrocardiograma (ECG) Resultado: \_\_\_\_\_  
 ( ) Fundoscopia Resultado: \_\_\_\_\_
- **MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) ou MRPA (Monitoramento Residencial da PA) Resultado: \_\_\_\_\_**

## 7 PLANO DE AÇÃO (CONDUTAS / ENCAMINHAMENTOS):

---



---



---

## DOMÍNIO 5: APLICABILIDADE

- **Facilitadores:** Utilização de dispositivos com câmera (smartphone/tablet), prontuário eletrônico para registro simultâneo e rede de apoio familiar para auxílio tecnológico.
- **Barreiras:** Intermitência de conectividade que pode ser minimizada utilizando o aplicativo Whatsapp com o uso de dados móveis quando o Wi-Fi da UBS não estiver disponível e letramento digital do usuário, minimizado pela linguagem clara do protocolo.
- **Monitoramento:** O protocolo deve ser auditado semestralmente para verificar indicadores de controle pressórico dos pacientes monitorados.

### Estimativa de Recursos Necessários

RECURSOS NECESSÁRIOS E INFRAESTRUTURA	RECURSOS HUMANOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO
Equipamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computadores e Internet já instalados na UBS para o registro de dados no Prontuário Eletrônico e nas plataformas de telessaúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se prevê a contratação de novos profissionais, mas sim a reorganização do processo de trabalho.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos de Comunicação: Utilização de smartphones institucionais (quando disponíveis) ou computadores com aplicativos de mensagens e chamadas de voz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redistribuição de Carga Horária: Reserva de períodos específicos na agenda para que médicos e enfermeiros realizem o monitoramento remoto de pacientes diagnosticados com HA.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparelhos de Monitoramento: O paciente utiliza seu próprio esfigmomanômetro ou utiliza os aparelhos disponíveis na UBS e em farmácias populares, não havendo obrigatoriedade de aquisição de novos dispositivos digitais de alto custo pelo município no primeiro momento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protagonismo da Equipe e-Multi: Integração de nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos e psicólogos em teleconsultas compartilhadas, otimizando o deslocamento desses profissionais entre as unidades.</li> </ul>

### Análise de Viabilidade

ELEMENTO DE CUSTO	IMPACTO COM TELEMONTORAMENTO	IMPACTO SEM TELEMONTORAMENTO
Atendimento de Urgência	Redução de crises hipertensivas evitáveis.	Alta demanda em UPAs e emergências.
Internações Hospitalares	Menor taxa de internação por AVC e Infarto.	Alto custo hospitalar e reabilitação.
Deslocamento do Paciente	Economia com transporte sanitário e custos de bolso do usuário.	Necessidade frequente de ida à UBS para medidas pontuais.
Produtividade	Redução do absenteísmo laboral por complicações de saúde.	Aumento de licenças médicas e aposentadorias precoces.

## DOMÍNIO 6: INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

- **Financiamento:** Recursos próprios; sem financiamento de indústrias de tecnologia ou fármacos.
- **Conflitos de Interesse:** Inexistentes. O conteúdo foca exclusivamente no interesse público e diretrizes do SUS.

### 1. Financiamento (Item 22)

A autora declara que o desenvolvimento deste protocolo e a realização da pesquisa que o sustenta foram realizados com recursos próprios, sem o recebimento de financiamento externo de quaisquer organizações privadas que pudessem ter interesse nos resultados desta diretriz. O apoio institucional recebido restringiu-se ao suporte acadêmico e técnico da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

### 2. Conflitos de Interesse

A autora envolvida na elaboração deste instrumento declara a inexistência de conflitos de interesse de ordem financeira, pessoal, política, intelectual ou religiosa que pudessem comprometer a imparcialidade ou a independência editorial das recomendações aqui apresentadas. Não houve qualquer vínculo com empresas que comercializam dispositivos de monitoramento de pressão arterial ou softwares de telemedicina durante a construção deste guia.

### 3. Autonomia Acadêmica e Científica

As opiniões e recomendações expressas neste documento são de inteira responsabilidade da pesquisadora, baseadas estritamente em evidências científicas coletadas via revisão de escopo e validadas por consenso de especialistas (juízes). A autonomia editorial foi preservada em todas as etapas, desde a concepção metodológica até a redação final do produto técnico.

### 4. Compromisso Ético com o SUS

Este protocolo foi desenvolvido sob os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação prévia em Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab. Seu propósito é estritamente voltado ao fortalecimento da rede pública de saúde e à melhoria do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

**APÊNDICE G****UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA****REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA****CARTA CONVITE – JUÍZES**

Prezado(a) Senhor(a),

Apresento-me como Ana Flávia Bomfim de Melo, mestranda do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – RENASF, vinculado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: "CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", sob a orientação do Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo e coorientação do Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe. O objetivo central do estudo é elaborar e validar um protocolo voltado ao telemonitoramento de pessoas com hipertensão arterial, visando contribuir para o cuidado integral e qualificado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Para assegurar a validade do instrumento proposto, convido Vossa Senhoria, respeitosamente, a participar como juiz avaliador, contribuindo com sua expertise técnica e científica na análise do conteúdo do protocolo. Sua participação consistirá na leitura e avaliação do instrumento, à luz de critérios previamente definidos, com o auxílio de um questionário estruturado, que será disponibilizado por meio de formulário eletrônico (Google Forms). O processo será realizado de forma remota, em ambiente virtual seguro.

A participação é voluntária, não remunerada, e pode ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo ao convidado. Ressalto que todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, conforme as diretrizes da Resolução CNS nº 510/2016 e o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Os dados serão armazenados de forma segura em nuvem e pendrive criptografado, sendo excluídos após o período regulamentar.

Destaco que sua contribuição será fundamental para o rigor metodológico e científico da pesquisa, favorecendo a aplicabilidade prática do protocolo no contexto da Saúde da Família.

Desde já, agradeço sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Ana Flávia Bomfim de Melo

Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF/UNILAB

Contato: (85) 33326189

E-mail: [anaflavia.ceonascete@gmail.com](mailto:anaflavia.ceonascete@gmail.com)

## APÊNDICE H

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (JUÍZES)

Prezado(a) Senhor(a),

Apresento-me como Ana Flávia Bomfim de Melo, discente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, vinculado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Atualmente, desenvolvo uma pesquisa intitulada: “CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, sob a orientação do Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo e coorientação do Prof. Dr. Gilvan Ferreira Felipe. O objetivo principal deste estudo é construir e validar um protocolo de telemonitoramento que possa servir de instrumento qualificado para o manejo da HAS no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Para atingir tal propósito, torna-se imprescindível que o referido protocolo seja submetido à avaliação criteriosa por especialistas, de forma a assegurar sua validade científica e aplicabilidade prática. Nesse sentido, venho, respeitosamente, convidá-lo(a) a participar deste processo como juiz avaliador, de forma voluntária e sem qualquer tipo de remuneração. Sua participação consistirá na análise do instrumento, à luz de critérios previamente definidos, com base em um questionário estruturado, que será devidamente encaminhado com todas as instruções necessárias. A finalidade é avaliar a pertinência, clareza e relevância do protocolo como ferramenta de apoio à prática profissional em saúde.

A participação é inteiramente livre e voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo ao participante. Ressalto, ainda, que todas as informações coletadas serão tratadas com estrito sigilo e confidencialidade, sendo utilizadas exclusivamente para os fins acadêmicos e científicos desta pesquisa. Nenhuma informação pessoal ou que permita sua identificação será divulgada.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, entre os quais se destacam: incômodo, devido à possível interrupção da jornada de trabalho ou de descanso para o preenchimento do questionário; cansaço, relacionado ao tempo necessário para responder ao instrumento; e constrangimento, decorrente do receio de exposição de informações pessoais e laborais.

Para minimizar esses riscos, serão adotadas as seguintes medidas: elaboração de um questionário objetivo, com foco nas variáveis mais relevantes para o estudo, a fim de reduzir o tempo de participação; utilização de plataforma digital Google Forms, que permite preenchimento automatizado e mais prático; garantia de que o participante poderá interromper o preenchimento a qualquer momento, caso deseje; e elaboração das perguntas com atenção ao respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Esta pesquisa contará com etapas desenvolvidas em ambiente virtual, utilizando ferramentas digitais para coleta de dados, como formulários eletrônicos. Conforme as orientações do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, todas as atividades serão planejadas de forma a assegurar a privacidade, o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes.

Reconhece-se que, por se tratar de ambiente virtual, há riscos potenciais relacionados ao vazamento, interceptação ou uso indevido de dados. Para minimizar esses riscos, serão adotadas estratégias de segurança da informação, como o uso de plataformas seguras com autenticação de acesso, armazenamento protegido por senha e criptografia, antivírus atualizado nos dispositivos utilizados, e acesso restrito às informações por parte da equipe de pesquisa.

Os dados coletados serão armazenados temporariamente em nuvem segura e em pendrive criptografado, ambos de uso exclusivo da pesquisadora. Ao término da pesquisa, os dados serão armazenados por 5 anos e após esse período serão devidamente deletados da nuvem e de qualquer meio físico onde tenha sido armazenado, garantindo a eliminação segura das informações. Todos os procedimentos seguirão os preceitos éticos da Resolução CNS nº 510/2016, assegurando a proteção integral dos participantes.

Se necessário, o participante poderá contar com o acompanhamento da equipe de pesquisa ou ser encaminhado ao setor de assistência à saúde da universidade, inclusive após a finalização da pesquisa, a fim de prevenir ou mitigar eventuais danos. Ressalta-se que a participação não acarretará nenhum custo ao participante, sendo todos os possíveis encargos financeiros assumidos pela equipe de pesquisa. Além disso, o participante poderá desistir de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo ou penalidade.

Caso ocorra dúvidas, estou à disposição para prestar esclarecimentos em qualquer etapa do processo. Em caso de eventuais danos decorrentes da participação, o(a) senhor(a) poderá reivindicar reparação por meio das vias legais, bem como solicitar acompanhamento, se necessário.

Os resultados obtidos serão apresentados em publicações científicas, com o compromisso ético de preservar a identidade dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma destinada ao(a) participante e outra mantida pelo pesquisador responsável.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma destinada ao(a) participante e outra mantida pelo pesquisador responsável. Este Termo será enviado ao participante por meio de um link seguro, no qual será possível realizar o download de uma via para sua guarda.

Conto com sua valiosa colaboração, considerando que sua contribuição é fundamental para a finalização e validação do protocolo proposto.

Em caso de dúvidas, contate os responsáveis pela pesquisa:

Nome: Ana Flávia Bomfim de Melo  
Telefone para contato: (85) 999212750  
E-mail: anaflavia.ceonascente@gmail.com  
Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. Redenção-CE.  
CEP: 62.790-000.

Nome: Thiago Moura de Araújo  
Telefone para contato: (85) 33326189  
E-mail: thiagomoura@unilab.edu.br  
Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. Redenção-CE.  
CEP: 62.790-000.

Nome: Gilvan Ferreira Felipe  
Telefone para contato: (85) 33326189  
E-mail: gilvanfelipe@unilab.edu.br  
Endereço: Avenida da Abolição, 3. Centro. Redenção-CE.  
CEP: 62.790-000.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, situado no endereço: Avenida da Abolição, nº 3, Centro, Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade. CEP: 62.790-000, Redenção – Ceará – Brasil, com Tel: 3332.6190 e E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br).

A concordância dada abaixo ratifica que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, enviando email para a pesquisadora, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, tendo sido devidamente esclarecida a sua finalidade, condições da minha participação e aspectos ético-legais, sendo assim:

- Concordo em participar voluntariamente do estudo
- Não concordo em participar do estudo

## APÊNDICE I - INSTRUMENTO ENVIADO AOS JUÍZES

### PARTE 1- Instruções para o preenchimento do instrumento

1. Descrição sumária do objetivo e justificativa da pesquisa “CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONTORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”

Prezado(a) Juiz(a),

Agradecemos pela sua valiosa colaboração no processo de validação de conteúdo do Protocolo de Telemontoramento de Pessoas com Hipertensão Arterial na Atenção Primária. Sua análise é essencial para garantir a qualidade científica, clareza e aplicabilidade prática do instrumento desenvolvido.

A finalidade deste estudo é construir e validar um Protocolo de Telemontoramento voltado para a Hipertensão Arterial. Este protocolo foi elaborado com o propósito de melhorar a acessibilidade dos usuários ao serviço de saúde através do telemontoramento de sua condição crônica, favorecendo a qualidade da assistência e minimizando as complicações. A ausência de monitoramento regular, controle medicamentoso e orientação profissional compromete diretamente a saúde do paciente e sobrecarrega o sistema de saúde.

Para tanto, o Protocolo de Telemontoramento voltado para Hipertensão Arterial necessita ser validado, de modo a buscar por adequações pertinentes às situações clínicas dos pacientes com hipertensão arterial, além da melhoria do instrumento, como condição facilitadora para a qualidade da assistência da equipe multidisciplinar junto ao processo de condução desses casos clínicos. Por isso o objeto de estudo é a validação do Protocolo de Telemontoramento voltado para a Hipertensão Arterial.

O presente estudo justifica-se pela importância de analisar o impacto dessas tecnologias na melhoria do atendimento e na redução das desigualdades no acesso à saúde. Dessa forma, a pesquisa busca contribuir para a implementação de políticas públicas mais eficazes e para a otimização dos serviços de saúde na APS, visando aprimorar a qualidade da assistência prestada e a equidade no cuidado à população que apresenta Hipertensão Arterial.

A seguir, apresentamos as instruções para preenchimento, os critérios de avaliação e o instrumento estruturado de análise.

### **INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

1. Leia atentamente cada item do protocolo encaminhado em anexo.
2. Avalie individualmente cada item com base nos critérios a seguir: Escopo e Finalidade, Envolvimento das Partes, Rigor do Desenvolvimento, Clareza da Apresentação, Aplicabilidade e Independência Editorial (Agree, 2014).
3. Para cada item avaliado, utilize a escala de Likert abaixo:

Grau de Concordância	Código
Discordo Totalmente	1
Nem concordo nem discordo	2
Concordo totalmente	3

4. Caso julgue necessário, utilize o campo “**Comentários**” para apontar melhorias, ajustes ou exclusões de itens.

5. Este instrumento deverá ser preenchido de forma individual e devolvido no prazo de até 10 dias úteis, via e-mail: **anaflavia.ceonascete@gmail.com**, ou por outro meio previamente acordado. Ressalta-se a importância de sua contribuição para que a validação do protocolo seja alcançada. A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser via eletrônica (digitalizado).

### **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO** (Agree, 2014)

#### **DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE**

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

## DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

## DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:
--------------

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

#### **DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO**

15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

## **DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE**

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

## **DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL**

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1	2	3
Discordo totalmente	Nem concordo nem discordo	Concordo Totalmente

Comentários:

## **AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ**

1. Eu recomendo o uso desta diretriz:

- Sim
- Sim, com modificações
- Não

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

Ana Flávia Bomfim de Melo

Email: [anaflavia.ceonascente@gmail.com](mailto:anaflavia.ceonascente@gmail.com)

Telefone: (85) 99921-2750

## ANEXO 1

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE PROTOCOLO PARA TELEMONITORAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 91314425.8.0000.5576

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.821.376

**Apresentação do Projeto:**

Resumo da proposta submetida à análise:

A crescente demanda por cuidados em saúde, associada às dificuldades de acesso a serviços presenciais, especialmente em áreas vulneráveis, tem evidenciado a necessidade de estratégias inovadoras, como a telessaúde. Entretanto, ainda existem lacunas quanto à padronização e à efetividade dos atendimentos remotos voltados à hipertensão arterial (HA) na Atenção Primária à Saúde (APS). Neste cenário, este estudo busca responder: quais os elementos essenciais para a construção de um protocolo de telemonitoramento voltado à HA aplicável na APS? O objetivo geral é construir um protocolo validado e de qualidade para o telemonitoramento de pessoas com HA, integrando evidências científicas à realidade da prática clínica. A pesquisa se desenvolverá em quatro etapas: apropriação do conteúdo técnico-científico; mapeamento de demandas e requisitos do público-alvo; elaboração do protocolo; e análise de evidências de validade por juizes da área médica e de enfermagem. A análise dos dados será conduzida a partir do instrumento AGREE II, que contém 23 itens distribuídos em seis domínios. Os juizes atribuirão escores em escala Likert, e os dados

**Endereço:** Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
**Bairro** Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000  
**UF:** CE **Município** REDENCAO  
**Telefone** (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

quantitativos serão tratados por estatística descritiva no Excel 15.0. Será considerado satisfatório o domínio que obtiver 75% ou mais. Já os comentários qualitativos serão analisados de forma interpretativa para aperfeiçoamento do instrumento. Como produto final, espera-se um protocolo claro, aplicável e ajustado à rotina dos serviços da APS, capaz de orientar condutas remotas com segurança, resolutividade e alinhamento às diretrizes do SUS. A aplicabilidade na Saúde da Família é ampla, promovendo a continuidade do cuidado, a redução de agravos e a qualificação da atenção às condições crônicas, especialmente em contextos marcados por iniquidades. Alinha-se à linha de pesquisa "Promoção da Saúde", ao propor uma solução baseada em evidências, centrada no paciente e promotora de inovação no cuidado.

¿ Arquivo: PB\_Informações Básicas do Projeto\_2616407 ¿ Página 02

Natureza da Proposta:

Projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família

**Objetivo da Pesquisa:**

O presente estudo tem por objetivo(s):

Objetivo Primário:

Construir um protocolo, com evidência de validade e qualidade, para o telemonitoramento do hipertenso atendido em Unidade de Atenção Primária em Saúde.

Objetivo(s) Secundário(s):

Identificar os elementos essenciais para o telemonitoramento na área da HA na APS através de uma revisão de escopo; Validar o conteúdo do protocolo de telemonitoramento voltado para a HA na Atenção Primária em Saúde.

¿ Arquivo: PB\_Informações Básicas do Projeto\_2616407 ¿ Página 03

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foi citada a possibilidade de ocorrência de riscos inerentes a pesquisa e

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
Bairro Centro, Redenção CEP: 62.790-000  
UF: CE Município REDENCAO  
Telefone (85)3332-6190 E- cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

algumas formas de minimizá-lo, conforme os trechos a seguir:

¿O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será disponibilizado em formato digital, com aceite eletrônico livre, esclarecido e registrado. Reconhece-se que, por se tratar de ambiente virtual, há riscos potenciais relacionados ao vazamento, interceptação ou uso indevido de dados. Para minimizar esses riscos, serão adotadas estratégias de segurança da informação, como o uso de plataformas seguras com autenticação de acesso, armazenamento protegido por senha e criptografia, antivírus atualizado nos dispositivos utilizados, e acesso restrito às informações por parte da equipe de pesquisa. Os dados coletados serão armazenados temporariamente em nuvem segura e em pendrive criptografado, ambos de uso exclusivo da pesquisadora. Ao término da pesquisa, os dados serão armazenados por 5 anos e após esse período serão devidamente deletados da nuvem e de qualquer meio físico onde tenha sido armazenado, garantindo a eliminação segura das informações. Todos os procedimentos seguirão os preceitos éticos da Resolução CNS nº 510/2016, assegurando a proteção integral dos participantes. Este estudo também reconhece como possíveis riscos o cansaço físico e o estresse decorrentes do esforço envolvido na leitura e no preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Para minimizar esses e outros eventuais desconfortos, os instrumentos serão aplicados de forma remota (online), e poderá ser concedido um prazo estendido para o envio das respostas, caso necessário. Além disso, será garantido o suporte dos pesquisadores sempre que solicitado, a fim de assegurar o bem-estar dos participantes.¿

¿ Arquivo: PB\_Informações Básicas do Projeto\_2616407 ¿ Página 04

Adicionalmente, o documento estabelece os benefícios da pesquisa:

¿O benefício da participação no estudo será relativo à implementação do protocolo de telemonitoramento em HAS na Atenção Primária à Saúde, sem a necessidade de deslocamento e melhor acessibilidade aos profissionais de saúde pelos usuários com HAS.¿

¿ Arquivo: PB\_Informações Básicas do Projeto\_2616407 ¿ Página 04

**Endereço:** Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
**Bairro** Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000  
**UF:** CE **Município** REDENCAO  
**Telefone** (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa demonstra relevância, na introdução constam referências pertinentes e atualizadas sobre o objeto de estudo. Há justificativa plausível para a realização do trabalho. Os objetivos estão adequados à proposta. A metodologia está detalhada na proposta e foi considerada apropriada para o alcance dos objetivos propostos, de acordo com o tempo estipulado.

Segue o detalhamento da análise do projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, o qual propõe a construção e evidência de validade de um protocolo para telemonitoramento voltado ao manejo da Hipertensão Arterial (HA) na Atenção Primária à Saúde (APS). Seguirá as seguintes etapas: 1) Apropriação do conteúdo e Revisão de Escopo; 2) Mapeamento das demandas e requisitos do público-alvo e Grupo Focal; 3) Elaboração do Protocolo; e 4) Análise das Evidências de Validade e Juízes.

Etapa 1) A revisão de escopo será conduzida com a pergunta: Quais os protocolos existentes para o atendimento voltado à pessoa com HA na APS?

Etapa 2) O mapeamento das demandas e requisitos do público-alvo será realizado por meio da aplicação da técnica de grupo focal, com o objetivo de identificar as necessidades concretas do público-alvo para embasar a elaboração do protocolo. Os participantes do grupo focal serão escolhidos, de forma intencional e por conveniência, dentre os profissionais atuantes no atendimento presencial a pacientes com hipertensão na APS e profissionais que utilizam teleconsulta ou outros recursos tecnológicos, sendo contatados e convidados por meio de aplicativo de mensagens. Deverão receber a carta convite, o TCLE e o instrumento de caracterização de atuação profissional. Participarão deste momento, no total, dois médicos e dois enfermeiros. Durante o encontro, os profissionais serão encorajados a compartilhar suas percepções e experiências na construção de um protocolo que norteará o telemonitoramento de paciente com HA na APS. Tais percepções serão registradas pelos profissionais em cartolinas entregues pela pesquisadora, buscando-se um consenso ao final do encontro. Será um momento presencial na data mais conveniente para os participantes. Não apresenta período, mas expõe que os dados serão coletados após aprovação do CEP.

3) Expõe os passos da elaboração do protocolo e apresenta uma prévia do

**Endereço:** Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
Bairro, Centro, Redenção CEP: 62.790-000  
UF: CE Município REDENCAO  
Telefone (85)3332-6190 E- cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

instrumento construído.

4) Análise das evidências de validade por juízes: ocorrerá entre novembro/25 e janeiro/26 com médicos e enfermeiros atuantes na APS. Os quais precisarão atender critérios baseados nas recomendações de Jasper (1994). Estima-se uma participação de 6 a 20 juízes. Serão buscados os profissionais que atuam na APS, a partir de busca ativa nos serviços de saúde, após a identificação do primeiro profissional, os demais serão selecionados por bola de neve. Os juízes serão contactados por e-mail, por onde será enviado o TCLE, protocolo construído e instrumento de análise. Os dados serão analisados com base na metodologia de análise de diretrizes clínicas propostas pelo AGREE II. Os princípios éticos foram mencionados de forma adequada.

¿ Arquivo de Origem: PROJETODETALHADO

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e considerados adequados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- A proposta não apresenta pendências e/ou inadequações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP, em sua unanimidade, concorda com o parecer do(a) relator(a).

2. O CEP dá ciência sobre a demanda futura da postagem dos relatórios de pesquisa parcial e final na Plataforma Brasil de acordo com a Resolução n. 466/12, conforme a qual:

II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
Bairro: Centro, Redenção CEP: 62.790-000  
UF: CE Município: REDENCAO E- cep@unilab.edu.br  
Telefone: (85)3332-6190

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento);

Ou, especificamente, refere-se à demanda do Relatório Final de acordo com a Resolução n. 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, conforme as quais o pesquisador deve apresentar no Relatório Final do projeto que foi desenvolvido, conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

3. Salieta-se que as demandas expressas no presente processo estão respaldadas pelas recomendações que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) fornece aos CEPs locais.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2616407.pdf	13/08/2025 14:26:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJUIZES.pdf	13/08/2025 14:14:45	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	13/08/2025 14:09:03	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIAASSINADA.pdf	13/08/2025 14:03:30	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	POPGRUPOFOCAL.pdf	11/08/2025 16:35:29	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	VERSAOPRELIMINARPROTOCOLO.pdf	11/08/2025 16:32:59	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	CARTACONVITEJUIZES.pdf	11/08/2025 16:30:02	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	CARTACONVITEGRUPOFOCAL.pdf	11/08/2025 16:29:09	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO	Aceito

**Endereço:** Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
**Bairro** Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000  
**UF:** CE **Município** REDENCAO  
**Telefone** (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA  
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.821.376

Outros	CARTACONVITEGRUPOFOCAL.pdf	11/08/2025 16:29:09	MEDEIROS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/08/2025 16:18:52	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/08/2025 16:16:44	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	TCLEGRUPOFOCAL.pdf	11/08/2025 16:12:15	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	CURRICULOLATTESPESQUISADORA ORIENTADORCOORIENTADOR.pdf	11/08/2025 15:39:57	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVADEAUSENCIADECART ADEANUENCIAASSINADA.pdf	11/08/2025 15:21:21	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	CARTADEAUSENCIADEONUSASSINA DA.pdf	11/08/2025 15:15:06	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Outros	CARTADEENCAMINHAMENTOAOCEP ASSINADA.pdf	11/08/2025 15:13:47	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	11/08/2025 15:12:08	ANA FLAVIA BOMFIM DE MELO MEDEIROS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

REDENCAO, 05 de Setembro de 2025

Assinado por:

Edmara Chaves Costa  
(Coordenador(a))

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro  
Bairro Centro, Redenção CEP: 62.790-000  
UF: CE Município REDENCAO  
Telefone (85)3332-6190 E- cep@unilab.edu.br