

**DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE HIPERTENSOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM TERRITÓRIO DE
EUNÁPOLIS-BA**

**PARTICIPATORY DIAGNOSIS OF HYPERTENSIVE PATIENTS IN
THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE REPORT IN THE
TERRITORY OF EUNÁPOLIS, BRAZIL**

Flaelma Almeida da Silva¹

Flávia Rocha Brito²

Diana de Lima³

Ariel Vitoriano Leonel⁴

Cícera Jéssica Gomes Belém⁵

Francisco Galdino Neto⁶

Hemylylly Ismyrlyly de Lavor⁷

João Victor dos Santos de Deus⁸

Livia Pereira Santos⁹

Sofia Maria Ferreira Moreira da Silva¹⁰

1 Mestre em Educação, Professora CETSC na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis.

2 Mestre em Enfermagem e Saúde, Professora de PINESC na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

3 Doutora em Ciências da Engenharia Ambiental, Professora CETSC na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis.

4 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

5 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

6 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

7 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

8 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

9 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

10 Discente do Curso de Medicina na Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis



Resumo: O presente artigo apresenta um relato de experiência originado de um projeto de extensão universitária vinculado ao curso de Medicina da Faculdade Pitágoras de Eunápolis, cuja finalidade foi contribuir para o fortalecimento da atenção primária em saúde, a partir da análise do perfil de indivíduos hipertensos adscritos à Unidade Básica de Saúde Moisés Reis, no município de Eunápolis, Bahia. A iniciativa partiu da territorialização de uma microárea e da realização de visitas domiciliares com abordagem educativa e aplicação de questionário semiestruturado, com foco em hábitos de vida, aspectos clínicos e adesão ao tratamento. A metodologia adotada teve caráter quantitativo-descritivo, sem implicações intervencionistas ou coleta invasiva de dados, priorizando o respeito ético e a observação da realidade local. Os resultados apontaram prevalência de mulheres com idade superior a 50 anos, elevada adesão ao tratamento medicamentoso, práticas regulares de lazer, baixa incidência de tabagismo e etilismo, mas revelaram também variações na pressão arterial aferida e relatos de sintomas associados à hipertensão. Constatou-se, ainda, o impacto positivo das ações educativas e da escuta ativa sobre a percepção dos usuários quanto à própria condição de saúde. A experiência reforça o potencial transformador da extensão universitária na formação médica, ao articular conhecimento científico e compromisso social na produção de dados relevantes para o planejamento em saúde pública.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; extensão universitária; atenção primária à saúde; perfil epidemiológico; hábitos de vida.

Abstract: This article presents an experience report derived from a university outreach project linked to the Medical School of Faculdade Pitágoras de Eunápolis, aiming to strengthen primary health care through the analysis of the profile of hypertensive patients enrolled in the Moisés Reis Basic Health Unit, located in the municipality of Eunápolis, Bahia, Brazil. The initiative involved territorial mapping of a micro-area, home visits, educational dialogue, and the application of a semi-structured questionnaire



addressing lifestyle habits, clinical aspects, and treatment adherence. The methodology adopted was quantitative-descriptive, without any interventional or invasive procedures, in full respect of ethical principles and local health realities. The findings revealed a predominance of women over 50 years of age, high adherence to antihypertensive medication, regular engagement in leisure activities, and low incidence of smoking and alcohol consumption. However, many participants presented altered blood pressure levels and symptoms associated with hypertension. The experience highlighted the positive impact of educational actions and active listening on users' awareness of their own health conditions. The project reinforces the transformative role of university outreach in medical education by integrating scientific knowledge with social commitment and generating relevant data for public health planning.

Keywords: Hypertension; university outreach; primary health care; epidemiological profile; lifestyle habits.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, caracterizando-se por sua elevada prevalência, múltiplas causas e forte associação com desfechos clínicos graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica. Segundo o Ministério da Saúde (2023), aproximadamente 27,9% da população adulta brasileira é hipertensa, com maior incidência entre mulheres e idosos. Na Bahia, essa prevalência acompanha a média nacional, sendo observada especialmente em comunidades com baixa renda, acesso limitado aos serviços de saúde e alto índice de sedentarismo e má alimentação (SESAB, 2023). Tais dados evidenciam a necessidade de estratégias de vigilância e intervenção territorializadas, especialmente no âmbito da atenção primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), componente central da Atenção Básica do Sistema



Único de Saúde (SUS), tem como propósito promover o cuidado integral e contínuo à população adscrita, atuando sobre os determinantes sociais da saúde e priorizando ações de prevenção e promoção. No contexto da hipertensão arterial, a ESF assume papel decisivo, pois viabiliza o monitoramento contínuo dos casos, a orientação sobre hábitos saudáveis e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. Contudo, apesar da estrutura preconizada, ainda existem lacunas significativas na identificação precisa dos perfis epidemiológicos locais e na elaboração de ações personalizadas de cuidado, sobretudo em comunidades periféricas e vulnerabilizadas.

A hipertensão arterial é uma enfermidade crônica multifatorial, cuja etiologia envolve a interação entre fatores genéticos, ambientais, fisiológicos e comportamentais (Porto, 2019; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020). Estudos como os de Sanjuliani (2002) e Brasileiro Filho (2021) apontam que o avanço da idade, a presença de comorbidades como diabetes mellitus, o estresse crônico, a má alimentação, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a inatividade física são fatores determinantes para o desenvolvimento e agravamento da HAS. Nesse sentido, a compreensão do perfil dos hipertensos em um dado território deve ultrapassar os aspectos biomédicos e considerar, também, os determinantes sociais e culturais que estruturam o processo saúde-doença.

No bairro Moisés Reis, localizado na zona urbana do município de Eunápolis-BA, observa-se uma população com características marcadamente heterogêneas, cujas condições de vida influenciam diretamente nos padrões de adoecimento. A ausência de dados atualizados e sistematizados sobre os hipertensos da região motivou a elaboração deste projeto de extensão, com o objetivo de realizar um diagnóstico participativo junto aos usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) local. A ação teve como base visitas domiciliares, territorialização da microárea e escuta ativa dos sujeitos, respeitando suas vivências e singularidades, a fim de subsidiar a prática profissional com dados empíricos e contribuir para a elaboração de estratégias mais eficazes de cuidado.

A problematização central que orientou a experiência reside na desconexão entre os dados oficiais de notificação e a realidade vivenciada pelos usuários hipertensos da comunidade. Em muitos casos, observa-se baixa adesão ao tratamento, uso incorreto da medicação, desconhecimento sobre



os efeitos adversos e hábitos de vida pouco compatíveis com o controle adequado da pressão arterial, mesmo diante do acesso gratuito aos serviços de saúde. Tal cenário sugere a existência de barreiras não apenas estruturais, mas também comunicacionais e educativas, que comprometem o manejo clínico e a autonomia dos pacientes. Diante disso, torna-se urgente investigar como esses sujeitos vivem a condição hipertensiva e como suas práticas cotidianas interferem na efetividade das políticas públicas de saúde.

A base teórica que fundamenta esta experiência inclui autores clássicos e contemporâneos sobre hipertensão arterial, políticas públicas, promoção da saúde e práticas de cuidado. Sanjuliani (2002), Porto (2019) e Antczak (2005) contribuem com a definição clínica, fisiopatológica e classificatória da HAS, enquanto Loyola e Jardim (2018) e Leinig (2023) discutem a relação entre alimentação, obesidade e pressão arterial. Na dimensão psicossocial, estudos como os de Aparecido (2014) e Paredes e Ribeiro (2014) destacam a influência do estresse, da precariedade laboral e das desigualdades socioeconômicas sobre o agravamento da doença. Esses autores são fundamentais para compreender a complexidade do cuidado em saúde no cotidiano das unidades básicas.

Além disso, a produção científica sobre qualidade de vida e adesão ao tratamento tem apontado que o enfrentamento da HAS exige abordagens interdisciplinares e estratégias centradas no sujeito. Autores como Hanus et al. (2015) e Cha et al. (2012) indicam que distúrbios do sono, disfunções cognitivas, transtornos de humor e dificuldades na vida sexual estão frequentemente associados ao descontrole pressórico. Tais manifestações, muitas vezes negligenciadas nas consultas clínicas, emergem com força em abordagens participativas como a que foi realizada neste projeto. O uso de questionários semiestruturados permitiu captar essas dimensões de forma sensível, aproximando o olhar científico da realidade vivida pelos pacientes.

Outro ponto central na fundamentação do estudo é a abordagem territorializada da saúde, defendida por Bissacotti et al. (2019), que consideram a territorialização um instrumento indispensável para o planejamento das ações em saúde pública. A construção de vínculos durante as visitas domiciliares e o reconhecimento do território como espaço vivo de cuidado possibilitaram o



desenvolvimento de uma escuta qualificada e a coleta de dados consistentes. Isso permitiu não apenas descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos hipertensos, mas também identificar lacunas na educação em saúde, nos hábitos cotidianos e na compreensão do próprio diagnóstico por parte dos usuários.

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de diagnóstico participativo do perfil de pacientes hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na UBS Moisés Reis, destacando os achados relevantes sobre hábitos de vida, sintomatologia associada, uso de medicamentos e percepção da própria condição de saúde. Busca-se, com isso, contribuir para o fortalecimento das práticas de cuidado integral na atenção primária, além de reforçar a importância da extensão universitária como espaço formativo e transformador da realidade social.

Por fim, entende-se que a construção desse conhecimento, pautado na observação sistemática e na participação ativa dos sujeitos, amplia o papel da universidade pública na produção de soluções contextualizadas para os desafios enfrentados pelo SUS. A articulação entre teoria e prática, entre ciência e comunidade, entre ensino e cuidado, revela-se como caminho possível e necessário para a consolidação de uma medicina mais humanizada, crítica e comprometida com os determinantes sociais da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, com abordagem quantitativa-descritiva, fundamentado nas atividades desenvolvidas por discentes do curso de Medicina da Faculdade Pitágoras de Eunápolis, no âmbito de um projeto de extensão universitária vinculado aos eixos CETSC e PINESC. A ação teve como finalidade principal a formação crítica e humanizada dos futuros profissionais da saúde, a partir do contato direto com a realidade local e da análise participativa do perfil de indivíduos hipertensos adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde Moisés Reis, localizada no município de Eunápolis, extremo sul da Bahia.



A experiência ocorreu durante o segundo semestre de 2024, tendo como locus a microárea correspondente à Avenida Domingos Reis, território adscrito à UBS Moisés Reis, onde foram realizadas visitas domiciliares, atividades educativas e aplicação de instrumentos de coleta. A escolha do local deu-se em virtude da expressiva presença de pacientes hipertensos, mapeados previamente em parceria com os agentes comunitários de saúde e os profissionais da própria unidade, com base no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A amostra foi composta por 13 indivíduos hipertensos, dos 19 inicialmente identificados e convidados a participar, resultando em uma taxa de adesão de 68,42%. Todos os participantes estavam cadastrados na UBS e aceitaram voluntariamente contribuir com o projeto. Cabe destacar que, por se tratar de um relato de experiência acadêmica em extensão, não houve coleta invasiva de dados sensíveis ou intervenção terapêutica, apenas observação e registro educativo, o que se alinha às práticas formativas orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, que incentivam a integração ensino-serviço-comunidade.

O instrumento utilizado para coleta foi um questionário semiestruturado, com questões abertas e fechadas, adaptado do modelo validado por Gusmão e Pierin (2009), originalmente voltado para avaliação da qualidade de vida em hipertensos. A versão utilizada foi reformulada pelos discentes e docentes para atender aos objetivos do projeto, mantendo 35 questões pertinentes às dimensões clínicas, fisiológicas, socioeconômicas e comportamentais dos participantes. A aplicação do instrumento foi realizada de forma presencial, em ambiente domiciliar, com acolhimento respeitoso e escuta ativa, priorizando a linguagem acessível e o vínculo entre equipe acadêmica e comunidade.

Além do questionário, foram realizados registros observacionais durante as visitas, incluindo aferição voluntária da pressão arterial em nove dos treze participantes, mediante o uso de esfigmomanômetro e estetoscópio calibrados. A aferição seguiu os protocolos clínicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020), e teve caráter formativo, sendo conduzida sob supervisão docente. A experiência foi enriquecida por uma dinâmica educativa com uso de adesivos coloridos (vermelho, azul e amarelo), desenvolvida como estratégia para auxiliar pacientes idosos e



analfabetos na organização da medicação e dos horários de uso, promovendo maior adesão terapêutica.

Em relação aos aspectos éticos, embora não se trate de uma pesquisa com implicações clínicas ou de risco, foram seguidos os princípios da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do projeto, sobre o caráter educativo da atividade e sobre a não obrigatoriedade de responder às questões ou permitir a aferição da pressão arterial. Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em formulário físico, assinado pelos próprios participantes ou responsáveis legais. Os dados coletados foram mantidos sob sigilo, armazenados em local seguro, sob responsabilidade da equipe docente, e serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, respeitando o anonimato e a confidencialidade das informações.

A proposta metodológica, centrada na prática extensionista e na observação participante, buscou integrar os conhecimentos teóricos sobre hipertensão arterial à realidade vivida pelos usuários da atenção primária, permitindo aos estudantes a compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, das barreiras ao cuidado e da importância da escuta qualificada. Trata-se, portanto, de um processo formativo que valoriza a dimensão ética, política e humana da formação médica, ao mesmo tempo em que contribui para o planejamento local em saúde.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A composição demográfica do grupo amostral revelou predominância do sexo feminino (69,23%), sendo todas as mulheres com idade superior a 50 anos. Esse achado confirma a tendência descrita por Brasileiro Filho (2021), segundo a qual a prevalência de hipertensão é mais acentuada entre mulheres adultas, especialmente após a menopausa, momento em que há queda acentuada nos níveis de estrogênio e consequente perda da proteção vascular. A literatura também aponta que o envelhecimento vascular, caracterizado pela redução da complacência arterial e aumento da resistência periférica, é um fator determinante para a elevação da pressão arterial, principalmente em mulheres



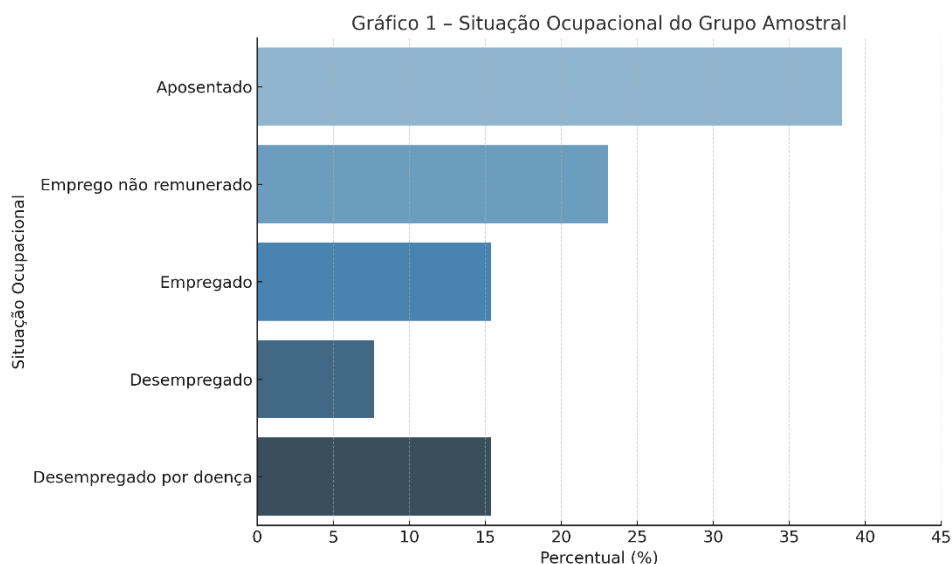
pós-menopausa (Porto, 2019; Sanjuliani, 2002).

A média de idade dos homens participantes foi ainda mais elevada (72,75 anos), o que corrobora os dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2020) sobre a hipertensão como uma condição que acompanha o avanço da idade. Nesse contexto, os achados do presente estudo indicam que a população hipertensa atendida pela UBS Moisés Reis possui um perfil etário que exige atenção ampliada, considerando o risco de comorbidades e de complicações clínicas comuns na terceira idade. Essa constatação reforça a importância do cuidado longitudinal e da vigilância constante da pressão arterial como estratégia de prevenção de agravos.

A situação ocupacional dos participantes evidenciou um contingente majoritariamente formado por aposentados (38,46%), seguido por pessoas com emprego não remunerado (23,07%) e indivíduos afastados por doença (15,38%). Tal configuração socioeconômica indica fragilidade financeira e alta dependência do sistema público de saúde. Segundo Aparecido (2014), a hipertensão arterial apresenta íntima associação com a posição socioeconômica dos sujeitos, sendo mais prevalente em populações de baixa renda, com acesso limitado a recursos que favorecem hábitos de vida saudáveis. Esses dados foram visivelmente representados na Gráfico 1 – Situação ocupacional do grupo amostral, a ser inserida neste ponto.



Gráfico 1 – Situação ocupacional do grupo amostral



Fonte: Pesquisa de campo, 2024.

Ainda que os determinantes sociais de saúde estejam amplamente reconhecidos como condicionantes da hipertensão, observa-se que o impacto dessas condições sobre a adesão ao tratamento e à qualidade de vida ainda é subestimado nos serviços de atenção primária. Paredes e Ribeiro (2014) destacam que o estresse crônico associado à instabilidade econômica, aposentadorias precárias e trabalhos informais colabora para a elevação dos níveis pressóricos, gerando ciclos de adoecimento progressivo. A ausência de ações integradas entre o setor saúde e a assistência social compromete, portanto, a efetividade do cuidado.

A distribuição etária e ocupacional do grupo estudado sugere que a hipertensão se manifesta em um contexto de múltiplas vulnerabilidades, o que reforça a necessidade de abordagens intersetoriais. A articulação da ESF com os equipamentos da rede socioassistencial, como o CRAS e os serviços de convivência para idosos, pode ampliar a capacidade de enfrentamento dos fatores de risco e favorecer a construção de projetos terapêuticos singulares. A experiência vivenciada pela equipe acadêmica durante o projeto de extensão permitiu a observação direta dessa complexidade



e sinalizou a importância da territorialização como ferramenta de gestão do cuidado, conforme preconizado por Bissacotti et al. (2019).

O levantamento dos hábitos de vida dos participantes revelou dados significativos no que se refere à prevenção e ao controle da hipertensão arterial. Dos treze indivíduos entrevistados, 84,62% afirmaram não fazer uso de bebidas alcoólicas nem de tabaco. Essa informação é consistente com as diretrizes clínicas que apontam o etilismo e o tabagismo como fatores agravantes do quadro hipertensivo. Segundo Souza (2015), o uso de cigarro interfere diretamente nos níveis pressóricos, aumentando a frequência cardíaca e a resistência vascular, enquanto o álcool, mesmo em doses moderadas, pode reduzir a eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos, conforme descrito por Klatsky (2015).

A baixa incidência de tabagismo e consumo alcoólico na amostra pode ser interpretada como um fator protetor, mas é preciso considerar a possibilidade de subnotificação por constrangimento social no momento da entrevista domiciliar. Ainda assim, a predominância de hábitos abstêmios pode estar relacionada ao perfil etário do grupo e ao avanço do processo de educação em saúde nas comunidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família. Em estudos realizados por Morillo et al. (2006), observou-se que fumantes apresentavam valores médios de pressão arterial significativamente mais elevados do que não fumantes, mesmo sob medicação contínua. Isso reforça a importância de manter o alerta profissional mesmo entre os usuários que referem não fumar, especialmente quando há sinais clínicos de descontrole pressórico.

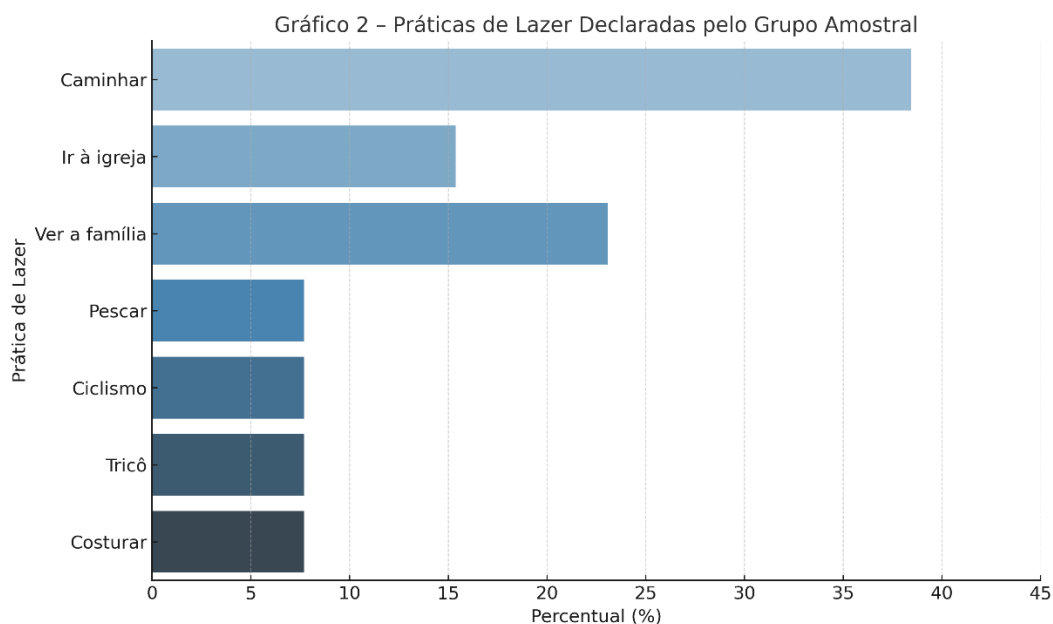
Quanto à prática de atividade física, 46,15% dos participantes afirmaram realizar algum tipo de exercício regular, sendo a caminhada a atividade mais frequente, seguida do ciclismo. A relevância dessa prática para o controle da pressão arterial é amplamente reconhecida na literatura. Estudos de Nogueira et al. (2012) e Lin e Lee (2018) evidenciam que o exercício aeróbico, praticado de forma regular, contribui para a redução da pressão arterial sistólica e diastólica, além de melhorar a capacidade funcional e o condicionamento cardiovascular dos pacientes hipertensos. No presente estudo, embora a adesão à atividade física ainda seja inferior à desejada, a presença de indivíduos



ativos indica um potencial a ser fortalecido pelas equipes da ESF por meio de ações educativas e grupos comunitários de caminhada.

As práticas de lazer, por sua vez, foram relatadas por 92,3% dos participantes, que destacaram atividades como ir à igreja, caminhar, assistir televisão, encontrar amigos e realizar trabalhos manuais, como tricô e costura. A literatura reconhece o lazer como elemento essencial para a saúde mental e o bem-estar geral, especialmente em contextos de doenças crônicas. De acordo com Baldissera e Bueno (2012), o lazer contribui significativamente para a redução da ansiedade e do estresse, fatores intimamente ligados ao descontrole pressórico. Além disso, Mori e Silva (2010) observam que a presença de laços familiares e a manutenção de vínculos afetivos estão associadas a uma melhor resposta fisiológica ao tratamento da HAS, o que também foi identificado na presente amostra.

Gráfico 2 – Práticas de lazer declaradas pelo grupo amostral



Fonte: Pesquisa de campo, 2024.

Esses dados demonstram que, embora o grupo apresente comportamentos protetores



importantes, como a abstenção do tabaco e do álcool e a presença de práticas de lazer e, em parte, de exercícios físicos, ainda existem lacunas quanto à regularidade e intensidade dessas ações. Conforme apontado por Santos et al. (2005), a eficácia das medidas não farmacológicas depende de sua constância e da orientação adequada por parte dos profissionais de saúde. Assim, a experiência extensionista permitiu não apenas identificar os hábitos relatados pelos participantes, mas também refletir sobre a importância de reforçar práticas educativas sistemáticas e adaptadas às condições socioculturais de cada território.

Em relação ao tratamento farmacológico, observou-se que 100% dos entrevistados faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, o que reflete o acesso parcial ao protocolo clínico de manejo da hipertensão no âmbito do SUS. Essa universalidade, contudo, não deve ser interpretada como sinônimo de adesão terapêutica plena, já que 15,38% dos participantes relataram dificuldade em organizar corretamente os horários da medicação, fato que impacta diretamente a efetividade do tratamento. Segundo Sousa e Santiago (2018), a adesão medicamentosa envolve não apenas a posse dos medicamentos, mas a compreensão de sua importância, o uso regular e o manejo dos efeitos colaterais, aspectos que ainda apresentam fragilidades no contexto da atenção primária.

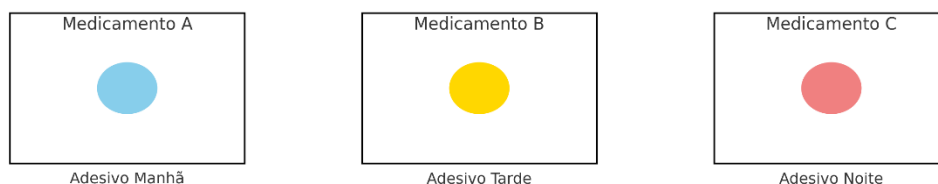
A presença de dificuldades na adesão foi especialmente notada entre os participantes analfabetos e idosos com histórico de esquecimento frequente. O fenômeno da polifarmácia, frequente nessa população, agrava esse cenário. Conforme apontado por Nascimento et al. (2019), o uso de muitos medicamentos aumenta a chance de interações medicamentosas e o risco de efeitos adversos, além de comprometer a memória e o entendimento do esquema terapêutico. Na amostra estudada, pelo menos três participantes relataram confundir o horário e o nome dos medicamentos, sendo comum o relato de ingestão fora do horário ou até mesmo em jejum, contrariando a prescrição clínica.

Para mitigar essas dificuldades, foi utilizada uma estratégia educativa baseada no uso de adesivos coloridos: azul para manhã, amarelo para tarde e vermelho para noite, colados diretamente nas embalagens dos medicamentos. Essa intervenção simples e de baixo custo mostrou-se efetiva como recurso facilitador da rotina terapêutica, especialmente para os sujeitos que apresentavam baixa



escolaridade. De acordo com Silva et al. (2022), recursos visuais e táteis são eficazes na promoção da adesão terapêutica entre pacientes com dificuldades cognitivas, sobretudo quando inseridos em um contexto de cuidado humanizado e individualizado. A utilização de cores, neste caso, permitiu uma associação intuitiva e foi bem aceita pelos participantes.

Figura 1 - Exemplo de Organização dos Medicamentos com Adesivos Coloridos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Durante os diálogos com os entrevistados, observou-se também que muitos deles recebiam auxílio de familiares, vizinhos ou agentes comunitários para o controle da pressão arterial e a orientação quanto ao uso dos remédios. Essa rede informal de apoio mostra-se essencial para o cuidado domiciliar de pessoas com doenças crônicas. Para Ciosak et al. (2013), a hipertensão, por ser uma condição de manejo contínuo, exige estratégias colaborativas que envolvam não apenas o paciente, mas seu entorno social, favorecendo a corresponsabilidade e a vigilância compartilhada. A observação extensionista desse vínculo comunitário permitiu aos discentes compreenderem a importância das redes de apoio no sucesso terapêutico, especialmente em territórios marcados pela vulnerabilidade.

Apesar dos esforços individuais e comunitários, dois dos entrevistados (15,38%) relataram episódios recentes de crises hipertensivas, com sintomas como dor de cabeça intensa, visão turva e sensação de pressão no peito. Esses relatos evidenciam que a simples prescrição de medicamentos não é suficiente para garantir o controle clínico da hipertensão. Segundo Cha et al. (2012), a percepção



subjetiva dos sintomas e a forma como o paciente lida com eles têm forte influência na adesão e na efetividade do tratamento. Isso reforça a necessidade de acompanhamento contínuo, intervenções educativas frequentes e, principalmente, escuta qualificada durante os atendimentos na atenção primária.

Durante as visitas domiciliares, foi possível identificar que 53,85% dos entrevistados relataram sintomas compatíveis com quadros de descontrole pressórico, sendo os mais frequentes: dores de cabeça persistentes, visão turva, tontura, sensação de pressão na nuca e palpitações. Esses achados, embora subjetivos, são consistentes com os descritos na literatura médica sobre sinais clínicos de hipertensão mal controlada. Segundo Rodrigues et al. (2021), mesmo pacientes medicados podem apresentar sintomas em decorrência de picos hipertensivos ocasionados por estresse, alimentação inadequada ou falhas na adesão terapêutica. Isso reforça a necessidade de acompanhamento contínuo e personalizado, com ênfase na escuta e na avaliação de sinais de alerta.

A aferição da pressão arterial durante os atendimentos foi realizada com o consentimento dos participantes e revelou que aproximadamente 38,5% apresentavam níveis superiores aos valores de referência ($\geq 140/90$ mmHg), mesmo fazendo uso regular de medicamentos. Esse dado reforça a ideia de que o controle da HAS vai além do uso medicamentoso, exigindo mudanças comportamentais e vigilância constante. De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2020), cerca de 50% dos pacientes hipertensos no Brasil apresentam controle inadequado da pressão arterial, o que se deve tanto à baixa adesão quanto à insuficiência do cuidado integral ofertado nas unidades básicas de saúde.

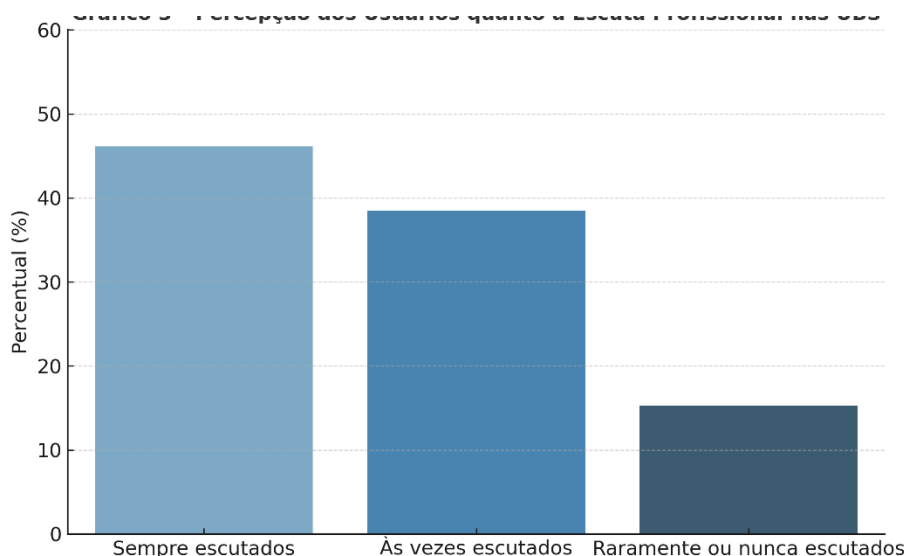
Outro dado relevante refere-se à percepção dos participantes sobre a escuta dos profissionais de saúde. Cerca de 46,15% afirmaram que “sempre se sentem escutados” nas consultas, enquanto 38,5% responderam que “às vezes” são escutados e 15,3% relataram que “raramente ou nunca” se sentem escutados. Esses resultados demonstram avanços no vínculo entre usuário e equipe, mas ainda indicam lacunas na comunicação em saúde. Conforme destaca Ayres (2004), a escuta qualificada é um dos pilares para o cuidado ampliado em saúde, sendo indispensável para a construção de um



projeto terapêutico que respeite a singularidade de cada sujeito e sua história de vida.

A percepção de escuta parcial ou inexistente tem implicações diretas na adesão ao tratamento e no sentimento de pertencimento do usuário em relação ao serviço. De acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2018), quando os profissionais de saúde assumem uma postura verticalizada e tecnicista, a relação de cuidado se fragiliza, gerando distanciamento e desconfiança por parte do usuário. No presente estudo, os relatos de escuta intermitente indicam que, embora haja esforço por parte das equipes, ainda são necessários investimentos em processos formativos contínuos que enfatizem o acolhimento, o vínculo e a comunicação empática como elementos centrais do cuidado.

Gráfico 3 – Percepção dos usuários quanto à escuta profissional nas UBS



Fonte: Pesquisa de Campo, 2024.

Nesse sentido, o projeto de extensão permitiu aos estudantes de medicina vivenciar, na prática, a complexidade das relações estabelecidas entre usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família. A observação direta, aliada ao diálogo com os participantes, revelou que a escuta não se restringe à verbalização, mas envolve atitudes, linguagem corporal, tempo disponível e postura



ética diante do sofrimento alheio. Como aponta Franco (2013), a escuta é um dispositivo clínico e político, que exige do profissional não apenas disponibilidade técnica, mas sensibilidade humana. A experiência contribuiu, portanto, para a formação de médicos mais atentos às dimensões subjetivas do cuidado.

O fortalecimento do vínculo entre os usuários e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) emergiu como um dos elementos centrais observados durante a realização do diagnóstico participativo. A maioria dos entrevistados relatou conhecer pelo nome os profissionais que atuam em sua área, o que revela um certo grau de proximidade afetiva e confiança. Esse tipo de vínculo é fundamental para o êxito das ações de prevenção e promoção da saúde, conforme destacado por Starfield (2002), que aponta a continuidade do cuidado como um dos atributos essenciais da atenção primária. No contexto da hipertensão, onde a manutenção do tratamento depende de seguimento contínuo, esse elo entre profissional e paciente representa um fator determinante.

Apesar da referência positiva aos profissionais, alguns participantes relataram rotatividade excessiva de médicos e enfermeiros na unidade, o que dificulta a consolidação de vínculos duradouros. Essa realidade é comum em municípios do interior, onde a contratação temporária e a baixa fixação de profissionais comprometem a longitudinalidade do cuidado. De acordo com Mendes (2011), a descontinuidade da equipe técnica desestrutura o planejamento territorializado da atenção básica, enfraquece o projeto terapêutico singular e desfavorece o controle de condições crônicas como a hipertensão arterial. No presente relato, tal fragilidade foi relatada por idosos que, ao longo do tempo, foram acompanhados por diferentes profissionais, o que afetou a qualidade da escuta e a segurança no tratamento.

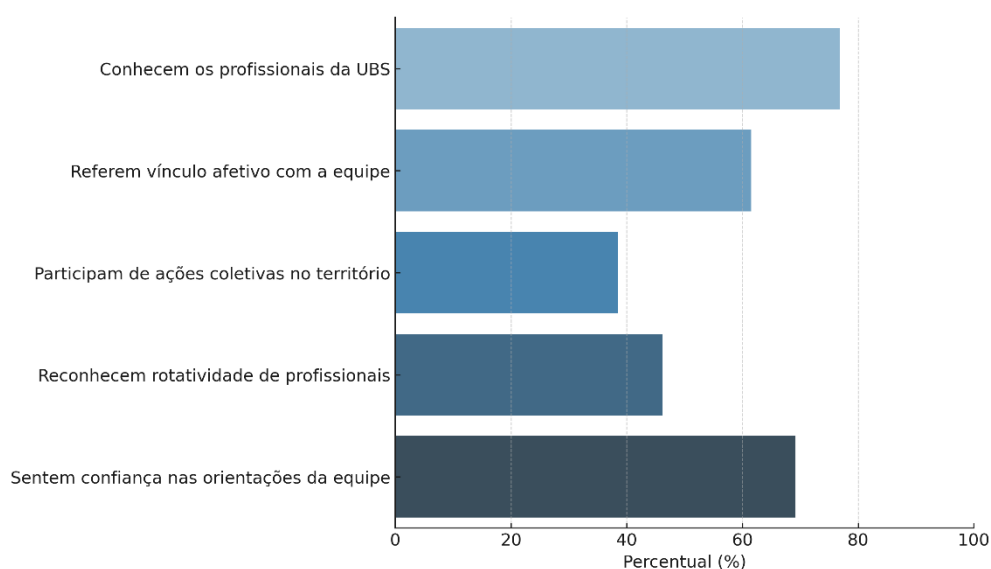
A territorialização, princípio estruturante da ESF, foi também evidenciada na experiência. Os profissionais de saúde conheciam bem as condições ambientais, socioeconômicas e familiares dos moradores atendidos, o que facilitava a construção de orientações ajustadas à realidade local. Segundo Campos e Campos (2006), o reconhecimento do território como espaço vivo e dinâmico permite que o cuidado seja construído de maneira contextualizada, sensível às vulnerabilidades e potencialidades



de cada comunidade. A observação extensionista revelou que, mesmo diante de escassez de recursos materiais, as equipes buscavam formas criativas de atuar, utilizando espaços comunitários e redes de apoio locais para promover encontros educativos e ações de autocuidado.

Do ponto de vista pedagógico, a vivência no território representou uma ampliação significativa da formação médica dos envolvidos no projeto. A aproximação com os usuários e a escuta de suas histórias permitiram um aprendizado situado, que extrapola os limites da sala de aula e desafia a racionalidade médica tradicional. Conforme defendem Ceccim e Feuerwerker (2004), as atividades extensionistas possibilitam experiências formadoras que promovem a articulação entre saberes acadêmicos e saberes populares, contribuindo para a construção de competências éticas, políticas e comunicacionais indispensáveis à prática médica no SUS. Os relatos dos estudantes evidenciaram maior empatia, compreensão dos determinantes sociais e valorização do trabalho em equipe após a experiência.

Gráfico 4 – Representação do vínculo e territorialização a partir da percepção dos usuários



Fonte: Pesquisa de Campo, 2024.



Por fim, a experiência demonstrou que o envolvimento direto dos estudantes nas ações de saúde do território não apenas enriquece sua formação técnica, mas também estimula o compromisso com o cuidado humanizado e com a transformação das realidades locais. Como apontado por Paulo Freire (1996), “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Nesse sentido, a educação em saúde realizada no contato com o território torna-se também um processo de reeducação dos futuros profissionais, na medida em que aproxima o saber acadêmico da vida concreta das pessoas, suas necessidades, valores e experiências.

A análise dos determinantes sociais da saúde dos participantes revelou um quadro de vulnerabilidade socioeconômica significativo. Aproximadamente 76,9% dos entrevistados viviam com renda mensal inferior a dois salários mínimos, sendo a maioria aposentada ou desempregada. Esse dado repercute diretamente na capacidade dos indivíduos em manter uma rotina de cuidados, incluindo alimentação adequada, aquisição de medicamentos complementares não ofertados pelo SUS e realização de atividades físicas regulares. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais configuram-se como elementos estruturantes do processo saúde-doença, e devem ser considerados como eixos prioritários na formulação de políticas públicas e no planejamento das ações em saúde.

As condições habitacionais também foram apontadas como fatores que impactam negativamente a saúde dos entrevistados. Diversos participantes relataram viver em residências com estrutura precária, sem ventilação adequada ou iluminação natural, o que contribui para o sedentarismo, o isolamento social e o agravamento de comorbidades, como diabetes e obesidade. Para Barata (2009), o ambiente físico onde se vive exerce influência direta na qualidade de vida e no controle de doenças crônicas, sendo imprescindível que a vigilância em saúde incorpore tais elementos em sua atuação territorializada.

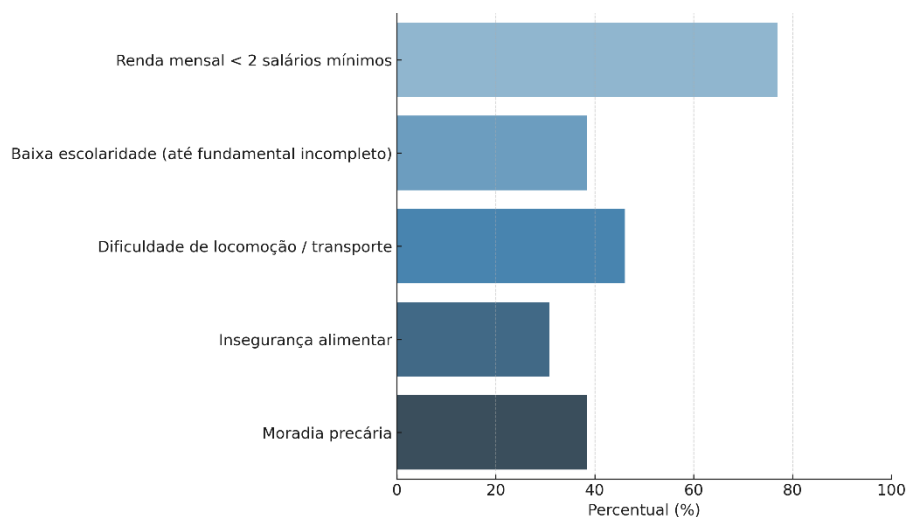
Outro aspecto importante identificado no estudo foi a relação entre escolaridade e compreensão do tratamento. Cerca de 38,5% dos participantes eram analfabetos ou tinham apenas o ensino fundamental incompleto, o que impactava diretamente na compreensão das prescrições



médicas, na organização da medicação e na adesão a práticas saudáveis. De acordo com Paim (2013), a escolaridade é um importante indicador de acesso à informação em saúde, e sua ausência tende a comprometer a autonomia do sujeito no cuidado de si. Esse achado reforça a necessidade de estratégias educativas personalizadas, com linguagem acessível e métodos visuais, como os que foram utilizados no projeto.

A ausência de transporte público regular nas regiões periféricas e a dificuldade de locomoção relatada por parte dos idosos também foram identificadas como barreiras ao acompanhamento contínuo nas UBS. Em algumas situações, os entrevistados relataram interromper o tratamento por não conseguirem comparecer às consultas de revisão ou retirar os medicamentos na unidade. Segundo Almeida Filho (2018), o acesso geográfico continua sendo um desafio importante para a consolidação da atenção primária no Brasil, especialmente em municípios com expansão urbana desordenada. Tais condições reforçam a importância das visitas domiciliares e do trabalho dos agentes comunitários de saúde como estratégia de aproximação e continuidade do cuidado.

Gráfico 5 – Condições socioeconômicas e barreiras ao cuidado identificadas nos participantes



Fonte: Pesquisa de Campo, 2024.



Finalmente, a insegurança alimentar foi mencionada diretamente por quatro entrevistados, que relataram dificuldade em manter uma dieta adequada para o controle da pressão arterial, especialmente no que se refere à ingestão de frutas, verduras e alimentos com baixo teor de sódio. A dieta restritiva recomendada para hipertensos, apesar de amplamente difundida, esbarra nas limitações econômicas e culturais do público atendido. Conforme apontam Jaime e Figueiredo (2014), a promoção da alimentação saudável deve ser articulada com políticas de segurança alimentar e nutricional, garantindo o acesso físico, financeiro e simbólico aos alimentos saudáveis. No contexto da pesquisa, ficou evidente que, para além da orientação técnica, é necessário compreender e atuar sobre as condições reais que limitam as escolhas alimentares.

A experiência extensionista vivenciada pelos estudantes durante o diagnóstico participativo permitiu a articulação entre o conhecimento teórico e a prática em território real, reafirmando a função social da universidade. O contato direto com usuários do SUS, em sua maioria pessoas idosas e em situação de vulnerabilidade, gerou reflexões profundas sobre os limites da atuação médica e a importância de práticas comunicacionais efetivas e humanizadas. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação médica deve integrar componentes ético-políticos e socioculturais, promovendo o desenvolvimento de competências que ultrapassem o domínio técnico e promovam a escuta ativa, o acolhimento e a corresponsabilidade.

Os estudantes relataram, em suas devolutivas escritas, que a experiência contribuiu para a ressignificação de sua percepção sobre a hipertensão arterial sistêmica. Em vez de compreenderem a condição apenas como um diagnóstico clínico baseado em parâmetros pressóricos, passaram a perceber sua complexidade como fenômeno social, relacional e histórico. De acordo com Campos (2000), a integralidade do cuidado só é possível quando o profissional reconhece o sujeito em sua totalidade, considerando os múltiplos determinantes que afetam sua saúde. Nesse sentido, o exercício da observação crítica e o diálogo com os usuários foram elementos formadores essenciais.

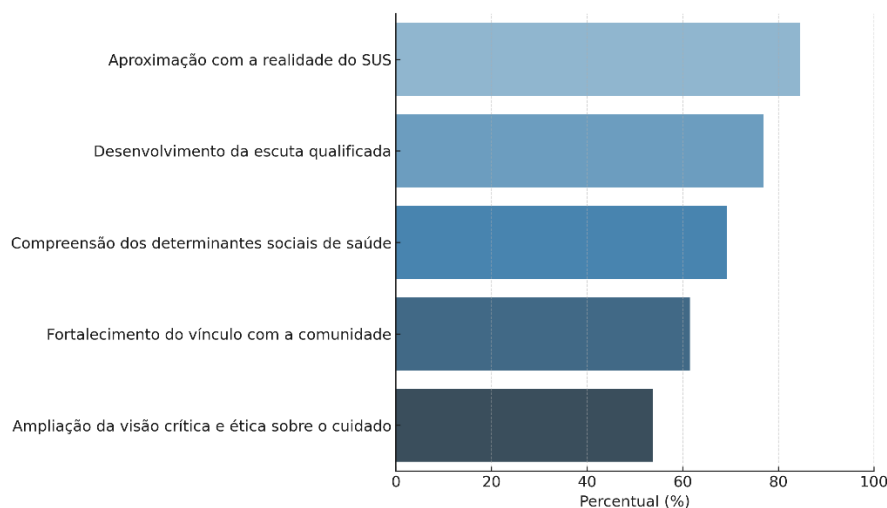
Outro impacto relevante foi o reconhecimento da importância da comunicação não violenta e da linguagem acessível. Muitos estudantes relataram dificuldades iniciais em adaptar o



vocabulário biomédico às necessidades de compreensão dos usuários, especialmente daqueles com baixa escolaridade. Com o tempo, desenvolveram estratégias facilitadoras, como o uso de desenhos, esquemas e materiais visuais, inclusive na organização dos medicamentos. Essa prática está alinhada às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, que enfatizam a formação de profissionais capazes de estabelecer comunicação eficaz, sensível e adequada a contextos diversos (Brasil, 2014).

A prática extensionista também favoreceu o trabalho em equipe multiprofissional e a valorização dos saberes locais. Em vários momentos da atividade, os estudantes observaram como os Agentes Comunitários de Saúde exerciam papel fundamental na mediação entre a equipe da UBS e a comunidade, oferecendo informações sobre rotinas, hábitos, dificuldades de acesso e vínculos afetivos. Esse reconhecimento da interdependência entre saber técnico e saber popular é um dos fundamentos da educação popular em saúde, conforme discutido por Vasconcelos (2008), e representa um avanço no processo de construção de sujeitos comprometidos com a transformação das realidades sociais.

Gráfico 6 – Percepção dos estudantes sobre o impacto da experiência extensionista na formação médica



Fonte: Pesquisa de Campo, 2024.



Por fim, os próprios estudantes destacaram a relevância da atividade para a consolidação de sua identidade profissional em formação. O exercício da escuta, a compreensão dos determinantes sociais da saúde, o reconhecimento do SUS como política pública fundamental e a vivência do território como espaço pedagógico foram mencionados como marcos significativos na trajetória acadêmica. Tais elementos convergem com o conceito de competência crítica-reflexiva, proposta por Almeida et al. (2021), que considera essencial a capacidade de analisar contextos, dialogar com sujeitos e construir soluções singulares para problemas complexos no campo da saúde.

As intervenções educativas realizadas durante o diagnóstico participativo demonstraram potencial formativo tanto para os estudantes quanto para os usuários. Por meio de rodas de conversa, orientação individual e materiais visuais adaptados, foi possível estimular o protagonismo dos participantes na gestão de sua própria condição crônica. O uso de estratégias pedagógicas acessíveis, como a organização dos medicamentos com adesivos coloridos, facilitou a compreensão dos horários e posologias, especialmente entre aqueles com baixa escolaridade. Segundo Freire (1996), o processo educativo só é efetivo quando parte da realidade concreta dos sujeitos, permitindo que eles se reconheçam como agentes de transformação de sua própria vida.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto lócus da ação extensionista, cumpriu um papel essencial na articulação entre cuidado clínico e práticas educativas. A parceria entre a equipe da UBS e os extensionistas possibilitou uma escuta ampliada, acolhimento das demandas espontâneas e fortalecimento do vínculo com a comunidade. Como afirmam Campos e Domitti (2007), as UBSs devem ser espaços privilegiados para o cuidado compartilhado e a construção de projetos terapêuticos que considerem não apenas a doença, mas o modo de vida dos usuários. A experiência analisada evidenciou como a presença de estudantes pode dinamizar esse processo, contribuindo para o diálogo entre saber acadêmico e saber popular.

Além dos resultados imediatos sobre o cuidado, o projeto revelou potencial de replicabilidade em outros territórios, especialmente em comunidades com características sociodemográficas semelhantes. A sistematização da experiência, com descrição detalhada do método, instrumentos



e abordagem, permite que outras instituições de ensino superior repliquem a metodologia com os devidos ajustes contextuais. Essa perspectiva está em consonância com os princípios da extensão universitária brasileira, que preconizam a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e a devolutiva social do conhecimento produzido na universidade (Brasil, 2018).

O engajamento dos estudantes em todas as etapas da ação extensionista também se configurou como um processo formador transversal, capaz de fomentar habilidades de escuta, análise crítica, empatia e planejamento em saúde coletiva. Essas competências são consideradas centrais para a formação médica contemporânea, sobretudo em um sistema de saúde público como o brasileiro, que exige profissionais capazes de atuar em equipe, entender o território e construir soluções conjuntas com a comunidade. Conforme aponta Schraiber (2010), formar para o SUS exige ir além da técnica, promovendo uma formação crítica, ética e voltada ao compromisso social.

Dessa forma, a ação relatada reafirma o valor pedagógico da extensão universitária enquanto metodologia ativa e contextualizada, que favorece a aprendizagem significativa e contribui para a formação de médicos mais sensíveis às desigualdades sociais. A construção coletiva do diagnóstico, ancorada na escuta e na presença no território, mostrou-se uma ferramenta potente não apenas para identificar demandas em saúde, mas também para ampliar os horizontes formativos dos futuros profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de diagnóstico participativo de hipertensos na Estratégia Saúde da Família, desenvolvida no município de Eunápolis-BA, reafirmou o potencial transformador da extensão universitária como espaço de formação ética, crítica e sensível para os futuros médicos. Ao dialogar com os usuários em seus contextos reais de vida, os estudantes puderam compreender, com profundidade, as múltiplas dimensões do processo saúde-doença e os desafios concretos enfrentados por pessoas com hipertensão arterial sistêmica. O território, mais do que cenário, tornou-se sujeito



formador, revelando vulnerabilidades, potências e sentidos que dificilmente emergiriam apenas nos ambientes formais de ensino.

Esse encontro entre o saber técnico-científico e os saberes populares não apenas qualificou a experiência assistencial, mas promoveu uma educação em saúde dialógica e horizontal. Os estudantes foram convidados a escutar, observar e respeitar os tempos, as falas e os silêncios dos usuários, reconhecendo que o cuidado só se efetiva quando parte da escuta autêntica e do reconhecimento do outro em sua singularidade. As práticas desenvolvidas durante a ação mostraram que é possível intervir de forma simples, acessível e potente, desde que se compreenda que a centralidade do cuidado está nas pessoas e em suas histórias.

Conclui-se, portanto, que ações como esta devem ser incentivadas e sistematizadas como parte estruturante da formação médica no Brasil. A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, quando vivenciada com responsabilidade social e compromisso ético, contribui não apenas para a formação de profissionais mais completos, mas para a construção de uma sociedade mais justa, atenta às desigualdades e comprometida com o direito à saúde. O SUS, enquanto política pública de inclusão e cuidado, precisa ser experienciado, sentido e defendido desde a graduação, e a extensão universitária é, sem dúvida, um dos caminhos mais potentes para esse aprendizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jéssica Souza de et al. A hipertensão arterial sistêmica como problema de saúde pública: um olhar da atenção primária. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Campo Grande, v. 17, n. 19, p. 27–39, 2021. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revisaudeb>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ALMEIDA FILHO, Naomar. O SUS como política pública de saúde no Brasil: trajetória, avanços e desafios. Salvador: EDUFBA, 2018.

ANTCZAK, Susan E. *Fisiopatologia Básica*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2005. E-book. ISBN 978-85-277-2537-8. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2537-8/>. Acesso em: 26 set. 2024.



APARECIDO, João Batista. Posição socioeconômica no curso de vida, mobilidade social e incidência de hipertensão arterial em participantes do ELSA-BRASIL. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. Repositório UFMG. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/38537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Jos%C3%A9%20Aparecido%20Soares%20Lopes.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes para a extensão na educação superior brasileira. Brasília: MEC/Forproex, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BARATA, Rita de Cássia Parra. As representações sociais de usuários sobre o atendimento médico em unidades básicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 95–106, 2009.

BISSACOTTI, A. P.; GULES, A. M.; BLÜMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. *Hygeia. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 41–53, 2019. DOI:10.14393/Hygeia153247115. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/47115>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASILEIRO FILHO, Gilberto. *Histologia básica*. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

BUENO, Sonia Maria Rolim. Ações educativas na atenção primária: o papel do profissional de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 243–249, 2012.



BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CHA, Paulo do Carmo. Cuidado e integralidade na atenção básica: desafios para a clínica ampliada. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1353–1362, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma da saúde pública: o conceito de campo de práticas e a política de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 339–348, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carolina. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 225–234, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 245–267, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CIOSAK, Suely Isabel et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94–101, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 114, n. 4, p. 1–83, 2020.

DOMITTI, Ana Carolina et al. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Revista Interface*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 389–406, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Modelos tecnoassistenciais: da repetição à reinvenção.



In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 221–244.

FIGUEIREDO, Nádia Siqueira et al. Acolhimento como diretriz da organização do processo de trabalho na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1116–1129, 2014.

FRANCO, Túlio Batista. A micropolítica do trabalho vivo em ato. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HANUS, João Silva et al. Conhecimento dos hipertensos sobre a doença e tratamento em uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 9, n. 6, p. 7854–7861, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JAIME, Patricia Constante; FIGUEIREDO, Isis Baptista. Promoção da alimentação adequada e saudável como ação de saúde pública no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 36, n. 1, p. 54–60, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n1/54-60/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

JARDIM, Paulo César Brandão Veiga. Hipertensão arterial no Brasil: panorama atual e perspectivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 10–13, 2018.

KLATSKY, Arthur Louis. Impact of socioeconomic factors on cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, PubMed. v. 96, n. 1, p. 62–65, 2015. Traduzido por IA. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2818766/>. Acesso em: 17 out. 2024.

LEE, Ga Yeon Hin et al. Medication adherence in hypertensive patients: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, Amsterdam, v. 54, n. 6, p. 784–794, 2018. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(18\)30001-1/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(18)30001-1/fulltext). Acesso em: 10 jul. 2025.

LEINIG, C. Hipertensão Induzida pela Obesidade. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, v. 120, n. 7, 1 jul. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/pS8KFsZRVtCjH5PJ8snGkVk/?lang=pt#>. Acesso em: 23 out. 2024.



LOYOLA, Ioná P. C. V.; JARDIM, Paulo C. B. V. Efeitos da ingestão de sal do Himalaia sobre pressão arterial em indivíduos hipertensos: estudo comparativo. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 112–118, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A organização da atenção ambulatorial no SUS: a importância da coordenação do cuidado na atenção primária*. Brasília: OPAS, 2011.

MORI, G.; FERREIRA DA SILVA, L. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. *Motriz. Revista de Educação Física*. UNESP, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/motriz/a/Zv8S5cpZdpjcXKKzJ9hnCNh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2024.

MORRISON, D. J.; PRESTON, T. Formation of short chain fatty acids by the gut microbiota and their impact on human metabolism. *Gut Microbes*, v. 7, n. 3, p. 189–200, 10 mar. 2016. Traduzido por: Ariel Vitoriano Leonel. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26963409/>. Acesso em: 29 out. 2024.

NASCIMENTO, Luciana da Silva et al. Polifarmácia e adesão medicamentosa em idosos hipertensos atendidos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e190123, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg>. Acesso em: 10 jul. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PAREDES, S.; RIBEIRO, L. Cortisol: the villain in Metabolic Syndrome?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, n. 1, p. 84–92, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/QMSk3wB3kFN8pwSVpSmsFdd/>. Acesso em: 18 out. 2024.

PARRA BARATA, Rita de Cássia. As representações sociais de usuários sobre o atendimento médico em unidades básicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 95–106, 2009.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. A equidade e a reforma dos sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1678–1681, 2007.

PIERIN, A. M. G. et al. Prevalência, tratamento e controle da hipertensão arterial em diferentes estratos sociais. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 25, p. 9-15, 2018. Disponível em: <https://www>.



google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/25-1pdf&ved=2ahUKewiCvdCv7seJAXWer5UCHYuUIFkQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw3oms3GA5kEdP6EVAopW4FS. Acesso em: 18 de out. 2024.

PORTO, Celmo C. *Semiologia Médica*. 8.ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998/>. Acesso em: 26 set. 2024.

RIBEIRO, A. G. et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1941–1950, 2014.

RODRIGUES, Tamires da Silva. Extensão universitária e cuidado em saúde: práticas de escuta e vínculo em territórios vulnerabilizados. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 45, n. 3, p. e110, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SANTOS, Maria Helena et al. Representações sociais de saúde e doença: contribuições para a humanização da assistência em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 505–513, 2005.

SOUZA, João Carlos de. Atenção primária e organização dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 67–75, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb>. Acesso em: 10 jul. 2025.

SANJULIANI, Antônio Felipe et al. A hipertensão arterial: abordagem e tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 121–127, 2002.

SANTIAGO, Mariane Almeida. Práticas educativas em saúde e promoção do autocuidado entre hipertensos. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 19–30, 2018.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES-GONÇALVES, Roseni Pinheiro. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 133–146, 2018.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). Painel de indicadores da Atenção Básica – 2023. Salvador: Superintendência de Atenção Integral à Saúde, 2023. Disponível em: <http://>



www.saude.ba.gov.br/. Acesso em: 10 jul. 2025.

SILVA, M. F. de S. .; FRANCO, A. G. .; PEREIRA, J. H. .; RIBEIRO, I. V. B. .; FRANCO, A. B. G. .; FONTES ALVES, C. Hyposalivation and its relationship with antihypertensive medications. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e28111234275, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i12.34275. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34275>. Acesso em: 6 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/KVdb6XvFGPJLqHfXKDbNQCg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28. out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/DiretrizesBrasileirasdeHipertensao2020>. Acesso em: 18 out. 2024.

SOUZA, João Carlos de. Atenção primária e organização dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 67–75, 2015.

SOUZA, João Carlos de; SANTIAGO, Mariane Almeida. Ações educativas em hipertensão na Atenção Primária: desafios da clínica ampliada. *Revista Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 103–112, 2018.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo. Modelo assistencial em saúde: da pirâmide ao círculo. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79, p. 219–230, 2008.

