



# XII Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"



20 a 22 de Setembro de 2018 São Cristóvão/SE/Brasil

ISSN: 1982-3657 | PREFIXO DOI 10.29380

Recebido em: **09/07/2018**

Aprovado em: **13/07/2018**

Editor Respo.: **Veleida Anahi - Bernard Charlort**

Método de Avaliação: **Double Blind Review**

Doi: <http://dx.doi.org/10.29380/2018.12.24.10>

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR MEIO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA CLÍNICA NO INTERIOR DE SERGIPE

EIXO: 24. EDUCAÇÃO E SAÚDE

PATRÍCIA SILVA NASCIMENTO SANTIAGO, WELLINGTON PEREIRA RODRIGUES

## RESUMO

**Introdução:** A educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam para a manutenção e promoção de saúde da população, devendo ser feitas orientações para o desenvolvimento de intervenções educativas que apontam para a reflexão contínua e a ressignificação das ações cotidianas, tornando evidente a necessidade de persuasão dos indivíduos.

**Objetivo:** O trabalho tem como objetivo explicar a avaliação do tratamento da hipertensão arterial por meio da educação em saúde em uma clínica no interior de Sergipe no ano de 2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quanti/qualitativa, do tipo relato de experiência.

Os dados foram submetidos à análise criteriosa. Em seguida, transcrita e tabulada, com análise quanti/qualitativa, em quadros para melhor explanação dos resultados. **Resultados:** Na análise dos dados obtidos pela pesquisa, observou-se que 82% eram do sexo feminino e 18% masculino. Em relação aos dados referente à escolaridade, percebe-se que 36% têm apenas o ensino primário, 24% sabem apenas ler e escrever sem ter frequentado a escola, e 14% têm o ensino médio, 10% tem um grau maior de instrução, com estudos pautados no ensino fundamental, 10% também são analfabetos pela própria designação, sendo incapazes de ler, possuindo apenas capacidade de escrever o próprio nome. Desse modo, nota-se o índice de hipertensão é de 34,3%, e quando estudaram 12 anos ou mais, o índice é de 14,2%. A redução de homens encontra-se associada tanto ao papel social de trabalho, quanto aos índices de acometimento da doença em mulheres, pois, a prevalência média de HAS é de 22,7%, sendo mais comum em mulheres 25,4% do que em homens 19,5%. Esses dados demarcam a evidência de que 82% da população pesquisada foram mulheres. Quando relacionada à situação habitacional, a pesquisa revela que 88% possuem casa própria, 8% moram de favor e 4% moram de cada alugada. **Conclusão:** Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico.

**Palavras-Chaves:** Educação e Saúde. Qualidade de Vida. Hipertensão Arterial Sistêmica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health education presupposes a combination of opportunities that favor the maintenance and health promotion of the population, and guidelines should be made for the development of educational interventions that point to the continuous reflection and resignification of everyday actions, making evident the need of persuasion of individuals. **Objective:** This study aims to explain the evaluation of the treatment of arterial hypertension through health education in a clinic in the interior of Sergipe in the year 2018. **Method:** This is a descriptive exploratory study, with quantitative / qualitative approach, of the type of experience report. The data were submitted to careful analysis. Then, transcribed and tabulated, with quanti / qualitative analysis, in tables for better explanation of the results. **Results:** In the analysis of the data obtained by the research, it was observed that 82% were female and 18% male. Regarding data on schooling, it is observed that 36% have only primary education, 24% only read and write without having attended school, and 14% have a high school education, 10% have a higher education degree, with studies based on elementary education, 10% are also illiterate by their own designation, being unable to read, having only the capacity to write their own name. Thus, it is noted that the hypertension index is 34.3%, and when they studied 12 years or more, the index is 14.2%. The reduction of men is associated with both the social role of work and the rates of disease involvement in women, since the average prevalence of hypertension is 22.7%, being more common in women 25.4% than in women. in men 19.5%. These data point to the evidence that 82% of the population surveyed were women. When related to the housing situation, the survey reveals that 88% own their own home, 8% live in favor and 4% live in each rental. **Conclusion:** Health education should emphasize popular education in health, which values knowledge, prior knowledge of the population and not only scientific knowledge.

**Key Words:** Education and Health. Quality of Life. Systemic Arterial Hypertension.

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde popular em saúde no Brasil, inicialmente, estava pautada em atividades voltadas para o combate das doenças parasitárias e infecciosas. Após um período de imposição, começaram a surgir espaços de porosidade maior, começam a surgir melhoria na qualidade de vida da população e, ainda, nos anos 60, as perspectivas da medicina comunitária visam a participação da comunidade na construção de grupos com o enfoque de ter autonomia para conseguir resolutividade dos problemas (VASCONCELOS, 2008).

A educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam para a manutenção e promoção de saúde da população, devendo ser feitas orientações para o desenvolvimento de intervenções educativas que apontam para a reflexão contínua e a ressignificação das ações cotidianas, tornando evidente a necessidade de persuasão dos indivíduos para que adotem comportamentos mais saudáveis e, ainda mediante o contato devem ser demonstrados todos os riscos à saúde, lembrando que a mudança de comportamento encontra-se atrelada a estilos de vida, crenças culturais e valores (ATTHOBARI et al., 2007).

Existe uma série de barreiras que acabam impactando de maneira direta nas ações de educação em saúde, que quase sempre não possui a população necessária para o desenvolvimento das ações, esse obstáculo encontra-se associado com as barreiras das ações educativas, caracterizada por erros cometidos pelos profissionais, muitas vezes com o uso de uma metodologia que não deixa a ação interessante nem permite a troca de conhecimento entre a equipe profissional e população, e até o pensamento que o educador é o dono do saber e a população é ignorante, evidenciando a ocorrência de ações pouco interessantes que acabam provocando uma redução na adesão às ações e pouca eficácia do objetivo almejado (BECKETT, 2008).

O trabalho tem como objetivo explicar a avaliação do tratamento da hipertensão arterial por meio da educação em saúde em uma clínica no interior de Sergipe no ano de 2018. Assim, baseando-se nas normas e expectativas sociais variando conforme o sexo, tornando-se necessário, então, aprofundar sobre os conhecimentos dos primeiros cuidados prestados e o encadeamento advindo do contexto familiar escolhido para a iniciação da vida uma vida saudável através de abordagens que servem ensinamento para melhor qualidade de vida dos homens e mulheres.

Dentre o assunto abordado nesse trabalho, a hipertensão arterial é caracterizada pela força produzida pelo volume de sangue sobre as paredes das artérias, sendo regulada pelo sistema nervoso autônomo, pelos rins e por várias glândulas endócrinas. Quando mensurada, a pressão arterial correspondente a dois valores, um sistólico e outro diastólico. Dentre esses mecanismos está o controle neural por reflexos nervosos, que em curto prazo, durante segundos ou minutos, torna-se responsável pelo controle da pressão arterial. Um dos reflexos mais importantes é o reflexo barorreceptor, em que quando a pressão fica aumentada, ocorrendo distensão e excitação de receptores neurais especiais, esses barorreceptores encontram-se situados nas paredes da aorta e da artéria carótida interna.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quanti/qualitativa, do tipo relato de experiência. Os dados foram submetidos à análise criteriosa. Em seguida, transcrita e tabulada, com análise quanti/qualitativa, em quadros para melhor explanação dos resultados. A análise qualitativa se deu mediante as informações dos participantes. Na sequência, ocorreu a teorização dos resultados, onde, após levantamentos de dados, foi estabelecida a análise das informações obtidas, organizados de forma sequencial, com a finalidade de obter respostas para o problema discutido, relacionando com conhecimentos bibliográficos que completam a temática. Foram selecionados artigos, literaturas e manuais que discutiam o problema em foco.

Para esse estudo, foram priorizados o sigilo e o anonimato, além do respeito e valorização da disponibilidade dos participantes para a construção desse trabalho. Por se referir a uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi realizada de acordo com as orientações éticas e legais. Para a garantia do anonimato, não foi solicitado o nome dos entrevistados. Os aspectos éticos obedeceram às exigências éticas da pesquisa que envolve seres humanos, preconizadas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, a qual determina que o consentimento livre e esclarecido contemple uma linguagem clara e acessível, como também, garantir aos participantes os esclarecimentos necessários e a liberdade para retirar-se em qualquer fase da pesquisa, respeitando a dignidade humana.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os caminhos históricos traçados pela saúde revelam processos de lutas e movimentos sociais como forma de garantir os seus direitos, estando completamente ligado ao contexto econômico e social. S avanços existentes que provocam a melhoria do sistema de saúde só foram possíveis mediante reformulações constantes, dessa forma, a atenção básica surge como forma de poder fornecer cuidados de modo hierarquizado e descentralizado (BRANDÃO, 2012).

Desde a antiguidade, a vivência humana é caracterizada por transformações constantes da realizada. E surgindo a preocupação do homem na busca de poder proteger a saúde, mesmo que indiretamente. Já que existem muitas evidências de que ter saúde contribui efetivamente para a qualidade de vida da população, e existem diversos componentes da vida social humana que contribuem para que os indivíduos tenham um elevado nível de saúde. Inicia-se, no Brasil, um processo de redemocratização do país, com a implementação do SUS, na década de 1980, em que se tinha como expectativa que saúde é um direito de todos e dever do estado. Surge, aí, um comprometimento do estado, que tem a perspectiva de um novo modo de organização do serviço de saúde, pretendendo alterar a história desigualdade de oferta de assistência independente do poder aquisitivo do cidadão (BRASIL, 2012).

**Quadro 1 – Perfil Sociodemográfico da População, 2018.**

<b>Perfil Sociodemograficos da População Pesquisada</b>		
<b>Idade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
30 a 39 anos	3	6,0
40 a 49 anos	15	30,0
50 a 59 anos	13	26,0
60 a 69 anos	9	11,0
70 a 79 anos	7	14,0
80 a 89 anos	3	6,0
<b>Sexo</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Feminino	41	82%
Masculino	9	11%
<b>Cor</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Negro (a)	4	8
Pardo (a)	28	56
Branco (a)	18	36
<b>Escolaridade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Analfabeto	5	14

Lê e escreve	12	24
Ensino Primário	18	36
Ensino Fundamental	5	11
Ensino Médio	7	14
Nível Superior	3	6
<b>Renda Familiar</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Até 1 salário	39	74
1 a 2 salários	9	18
2 a 3 salários	2	4
<b>Situação Habitacional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Casa própria	44	33
Casa alugada	2	4
Mora de favor	4	8
<b>Estado civil</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Solteiro (a)	6	12
Casado (a)	29	54
Companheiro (a)	4	8
Divorciado (a)	5	10
Viúvo (a)	6	12
<b>Filhos</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Com filhos (a)	49	98
Sem filhos (a)	1	2

**Fonte:** Elaborado pela autora, dados da pesquisa, 2018.

Ao analisar os dados obtidos na pesquisa, verifica-se que a faixa etária mais acometida pela hipertensão arterial sistêmica das pessoas entrevistadas foi entre 40 e 49 anos de idade, apresentando 30% dos resultados, a faixa etária de 50 e 59 anos apresentou 26% dos resultados, de 60 a 69 anos apresentou 18%, já de 70ª 79 anos foi de 14%, e de 80 a 99 anos foi de 6% para cada uma das faixas. A frequência do adoecimento pela hipertensão arterial é mais comum com o aumento da idade, dessa forma, fica clara a inexistência de faixa etária de jovens na amostra da pesquisa.

No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas são portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, e a carga de doença representada pela morbimortalidade, relacionada à hipertensão e complicações é muito alta, esses dados deixam evidente o pouco acometimento relacionado às faixas etárias mais jovens. Na análise dos dados obtidos pela pesquisa, observou-se que 82% dos entrevistados eram do sexo feminino e 18% do sexo masculino. A realização da pesquisa se deu no momento em que os agentes comunitários de saúde iniciou uma abordagem sobre suas visitas domiciliares (BRASIL, 2008).

Os dados obtidos no que se referem ao sexo evidenciam a existência da realização da pesquisa de forma aleatória, com um grande número de mulheres, algo que em termos estruturais, a vivência social ainda empurra muitas mulheres para o universo exclusivo da casa e da reprodução, esse papel social é evidenciado pelo número de mulheres que participaram da pesquisa.

Em relação aos dados referente à escolaridade, percebe-se que 36% têm apenas o ensino primário, 24% sabem apenas ler e escrever sem ter frequentado a escola, e 14% têm o ensino médio, evidenciando alguns anos a mais de estudo e, conseqüentemente, de noções de conhecimentos

escolares, 10% tem um grau maior de instrução, com estudos pautados no ensino fundamental, ao mesmo tempo em que 10% também são analfabetos pela própria designação, sendo incapazes de ler, possuindo apenas capacidade de escrever o próprio nome. Desse modo, nota-se que existe uma relação entre a escolaridade e a hipertensão arterial, pois, para mulheres que estudaram até 8 anos, o índice de hipertensão é de 34,3%, e quando estudaram 12 anos ou mais, o índice é de 14,2%.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática (BROWN, 2006).

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. A temática deve envolver a compreensão de projetos de sociedades e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas no campo da saúde. As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão.

E a redução de homens encontra-se associada tanto ao papel social de trabalho, quanto aos índices de acometimento da doença em mulheres, pois, a prevalência média de HAS é de 22,7%, sendo mais comum em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). Esses dados demarcam a evidência de que 82% da população pesquisada foram mulheres. Quando analisados os dados referentes à cor, observa-se que 8% da população pesquisada era negra, 56% parda e 36% branca. Esses dados demonstrados evidenciam a inferir a esses 14 anos, demonstrando, de maneira eficaz, a ligação entre escolaridade e HAS.

O termo educação em saúde vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX e para sua melhor compreensão faz-se necessário o entendimento da história da saúde pública no Brasil. A expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias<sup>5</sup>. As ações do Estado se davam por meio das chamadas campanhas sanitárias (CHOBANIAN et al., 1998).

Quando relacionada à situação habitacional, a pesquisa revela 88% possuem casa própria, 8% moram de favor e 4% moram de cada alugada. Algo que se associa ao perfil do bairro, caracterizado pela existência de casas simples, condizente com a renda citada. Fica evidente, que para o enfermeiro poder atuar em sua área de cobertura, é necessário o conhecimento sobre a realidade da população, como forma de poder, posteriormente, sistematizar os cuidados em saúde, com base em planejamentos.

No que se refere ao estado civil da população pesquisada, observa-se que 58% são casados, 12% solteiros, 12% viúvos, 10% divorciados e 8% têm um companheiro. Esses dados evidenciam que 66%, quando se unem os casados e os que têm companheiros, possuem uma relação a dois e, como demonstrado para a fundação da convivência moderna pelo casamento é necessário que exista o afeto, este, por sua vez, interliga-se ao cuidado, marcado por preocupação e zelo com o outro, incentivando a adoção de busca pelo tratamento de doença, no caso dos pacientes com hipertensão, pode haver essa repercussão justamente nos hábitos de vida (DROUIN, 2009).

O termo educação e saúde, utilizado ainda hoje como sinônimo de educação em saúde, pode ter se originado dessa prática, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças.

Exemplo clássico de como se davam as práticas educativas em saúde na época ficou registrado na obra do escritor infanto-juvenil Monteiro Lobato, que criou em seu livro *Urupês*, obra publicada em 1918, o personagem Jeca Tatu, trabalhador rural do Vale do Paraíba (SP), um caboclo que sofria do amarelão, doença posteriormente diagnosticada como ancilostomose ou ancilostomíase, denunciando as precárias condições de vida da população. À época, as campanhas sanitárias utilizaram a figura do personagem indicando que as origens dos problemas de saúde eram de responsabilidade individual, não contextualizando os problemas sanitários de forma crítica a partir de mudanças coletivas.

Na década de 1990 ainda era comum o uso do termo educação e saúde, e o conceito apresentava-se como uma área de saber técnico voltada para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas. O desenvolvimento da educação sanitária, iniciada nos Estados Unidos, deu-se de forma associada à saúde pública, tendo sido instrumento das ações de prevenção das doenças, caracterizando-se pela transmissão de conhecimento. Mesmo que realizada de forma massiva, como no caso das campanhas sanitárias no Brasil, a perspectiva não contemplava a dimensão histórico-social do processo saúde-doença<sup>4</sup>. No Brasil o termo foi e ainda é utilizado, como sinônimo de educação em saúde, mantendo a conotação de práticas educativas verticalizadas (MANCIA et al., 2008).

Educação para a saúde também é outro termo usual ainda hoje nos serviços de saúde. Aqui se supõe uma concepção mais verticalizada dos métodos e práticas educativas, que remete ao que Paulo Freire<sup>8</sup> chamou de educação bancária. Nesse sentido, é como se os profissionais de saúde devessem ensinar uma população ignorante o que precisaria ser feito para a mudança de hábitos de vida, a fim de melhorar a saúde individual e coletiva. Muitas práticas educativas nos serviços de saúde ainda são feitas com esta visão, apesar da participação comunitária estar presente na retórica de muitos gestores, profissionais de saúde e educadores e preconizada nos princípios e diretrizes do SUS.

Movimentos sociais, tais como o Movimento de Educação Popular, protagonizado pelo educador Paulo Freire, na década de 1960, influenciaram o campo de práticas da educação em saúde, incorporando a participação e o saber popular à área, dando lugar a processos educativos mais democráticos. Exemplo dessa influência foi verificado no Movimento de Educação Popular em Saúde que se formou nos últimos 40 anos, por meio de reflexão, produção de conhecimentos e militância em diversas organizações criadas ao longo deste tempo, tais como a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, a Rede de Educação Popular e Saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular.

A educação popular em saúde é um movimento histórico de mudanças, inicialmente propostas por profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde, que não atendiam às camadas mais necessitadas da população brasileira. Considera-se que a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população (MOREIRA et al., 2010).

A educação popular em saúde tem uma concepção diferenciada da hegemônica da educação em saúde. Organiza a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes

prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes "populares", e na análise crítica da realidade.

A educação em saúde, então, é prática privilegiada no campo das ciências da saúde, em especial da saúde coletiva, uma vez que pode ser considerada no âmbito de práticas onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde. A educação popular em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais, mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e comunicação como de participação popular e participação social.

As relações familiares existem o papel de proteção e cuidado entre seus membros, amplamente ligado a práticas culturais e socioeconômicas. E, a partir do momento que se depara com a doença, acaba ocorrendo o cuidado com a preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. Sendo assim, imprescindível ao profissional de saúde promover a orientação necessária aos familiares para que os hábitos de vida adequados, de acordo com a doença, sejam seguidos, com o intuito de promover o bem-estar do paciente (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2007).

Esses dados acabam evidenciando que quanto maior a escolaridade, melhor será o grau de instrução dessa pessoa e, conseqüentemente, o seu entendimento sobre alimentação saudável, a importância de praticar atividade física e buscar estratégias de prevenir o seu acometimento por doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Quando relacionada à situação habitacional, a pesquisa revela que 88% possuem casa própria, 8% moram de favor e 4% moram de cada alugada. Algo que se associa ao perfil do bairro, caracterizado pela existência de casas simples, condizente com a renda citada. Fica evidente, como expressão, que para o enfermeiro poder atuar em sua área de cobertura, é necessário o conhecimento sobre a realidade da população, como forma de poder, posteriormente, sistematizar os cuidados em saúde, com base em um planejamento.

Essas relações citadas pelo envolvimento familiar são completamente de acordo com os dados obtidos com a pesquisa, em que 98% têm filhos e apenas 2% não tem filhos. Esses dados acabam demonstrando que a maioria da população pesquisada em alguns movimentos da via optou pela formação da família e a existência de filhos. Os filhos, quando realizam cuidado com os seus pais, mesmo que o grau de dependência deles seja alto, realizam com muita boa vontade, como uma forma de poder retribuir por terem sido gerados e postos ao mundo (BRASIL, 2008).

A equipe de saúde da família deve trabalhar de forma conjunta, com o intuito de promover um atendimento íntegro e humanizado a todos os pacientes que possuem hipertensão arterial sistêmica, sendo importante enfatizar que todos os hipertensos devem ser rastreados e cadastrados no programa, tendo um acompanhamento e atendimento sempre que necessário, com o intuito de poder avaliar o risco para doenças cardiovasculares, e as medidas de prevenção de complicações. Assim, observa-se que 96% referem a existência desse atendimento, como preconizado (BRASIL, 2006).

A família é apresentada por diferentes definições e após passar por uma reorganização da estrutura familiar ainda permanece a definição de núcleo familiar como de forma hegemônica. Os laços familiares promovem proteção e cuidado, pois seus membros se sentem pertencentes a um grupo unido pelos laços de amor e afeto, e quando se sente fragilizada por uma questão de doença, acaba ocorrendo a utilização de costumes, valores e crenças, como o intuito de guiar as ações com intuito de promover o bem-estar de seus componentes.

## **CONCLUSÃO**

Considera-se importante distinguir e caracterizar os conceitos-chave de educação em saúde e educação na saúde, visto que são práticas fundamentais nesse campo. Apesar de suas distinções apresentam conexões que devem ser alvo de reflexão por parte dos atuais e futuros profissionais de

saúde. Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real.

\_\_\_\_\_. **Rastreamento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica).

ARB TRIALISTS COLLABORATION. Effects of telmisartan, irbesartan, valsartan, candesartan, and losartan on cancers in 15 trials enrolling 138,769 individuals. **Journal of Hypertension**, London, v. 29, n. 4, p. 623-635, apr. 2011.

**Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

ATTHOBARI, J. et al. The impact of hormonal contraceptives on blood pressure, urinary albumin excretion and glomerular filtration rate. **British journal of clinical pharmacology**, Oxford, v. 63, n. 2, p. 224-231, fev. 2007.

BECKETT, N. S. et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. **N. Engl. J. BEJAN-ANGOULVANT, T. et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Hypertension**, London, v. 28,

BRANDÃO, A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão

**Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 250-253, nov./dez. 2008.

BROWN, M. J. et al. Better blood pressure control: how to combine drugs. **Journal of Human**

CASTRO, M. S. de et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, New York, v. 19, n. 5, p. 528-533, may 2006.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, **Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Washington D.C.: National Institutes of Health, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479824/>.  
em: drink. **Journal of Hypertension**, London, v. 16, n. 2, p. 175-180, feb. 1998.

CHOBANIAN, A. V. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. **JAMA**, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

DROUIN, Dennis M. D. Implementation of recommendations on hypertension: The Canadian

estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para** feb. 2009.

**Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

**Hypertension**, London, v. 17, n. 2, p. 81-86, fev. 2003.

**Hypertension**, USA, v. 24, n. 5, p. 811-812, may, 2006. hypertension **The Laryngoscope**,

zSaint Louis, v. 109, n. 7, p. 1111-1115, jul. 1999. jan. 2003.

MANCIA, G. et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14.).

**Med.**, [S.l.], v. 358, n. 18, p. 1887-1898, may 2008.

MOREIRA, L. B. et al. Alcohol intake and blood pressure: the importance of time elapsed since last n. 6, p. 2560-2572, dez. 2003. of health: 2004. 88 p. of individual data for one million adults in 61 prospective studies. **The Lancet**, London, v. office, home, and ambulatory blood pressure. **Hypertension**, Dallas, v. 47, n. 5, p. 846-853, may, n. 7, p. 1366-1372, jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade:** Panamericana de Saúde, 2003. pdf>. Acesso em: 30 out. 2012. pressure among hypertensive women. **Contraception**, Stoneham, Inglaterra, v. 67, n. 1, p. 19-24, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003. year cardiovascular risk. **Circulation**, Baltimore, v. 115, n. 16, p. 2145-2152, apr. 2007.