

## PRÁTICA EDUCATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM GRUPO DE PESSOAS HIPERTENSAS

Mercedes Trentini<sup>1</sup>, Neusi Tomasi<sup>2</sup>, Ymiracy Polak<sup>2</sup>

**RESUMO:** Esta pesquisa prática focaliza a promoção da saúde de um grupo de pessoas com hipertensão arterial na cidade de Curitiba. O marco conceitual foi constituído pelos conceitos de promoção da saúde, educação em saúde e enfrentamento. As informações foram obtidas em encontros quinzenais durante o período de um ano. Os resultados mostram uma interrelação de situações estressantes, estresse, emoções e hipertensão arterial. As principais situações foram: condições financeiras, condições de trabalho, atendimento à saúde, relacionamento familiar e perdas. A promoção à saúde se deu com o processo ensino e aprendizagem de habilidades de enfrentamento.

**DESCRIPTORIOS:** Promoção de Saúde; Educação em Saúde; Hipertensão.

## EDUCATION FOR HEALTH PROMOTION OF NA ARTERIAL HIPERTENSIVE GROUP

**ABSTRACT:** This practice research on health promotion was carried out with a group of persons with arterial hypertension in Curitiba, Paraná. The conceptual framework was constructed by the following concepts: health promotion, health education, and coping. The data were obtained during meetings which were carried out each days during one year period. The finding showed relationships between stressors, stress, emotions and arterial hypertension. The main stressors were: financial conditions, work conditions, health care, family relationships and losses. The health promotion occurred through a coping task teaching-learning process.

**DESCRIPTORS:** Health promotion; Health education; Arterial hypertension

---

1 Professor Visitante no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR.

2 Professores do Departamento de Enfermagem da UFPR.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial tem sido sério problema social que atinge em torno de 20% da população adulta de países industrializados (Laurenti, 1983). Na maioria dos casos, a hipertensão arterial não se manifesta por sintomas claros e, por isso, pode ocorrer hipertensão sem ser percebida e, neste caso, quando diagnosticada, pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo. Vários são os fatores de ordem biológica e social, que desencadeiam aumento nos níveis pressoriais e, entre estes, o estresse tem sido apontado como "flagelo social"; ele é provocado por uma variedade de fatores, de fatos passageiros da vida cotidiana a fatores mais estáveis como por exemplo, instabilidade financeira.

Prata (1994) afirma que a saúde, a doença e a morte, além de fatores biológicos estão relacionados a fatores sócio-econômicos, culturais, ambientais e subjetivos. O autor afirma ainda que a atual economia política da saúde evidencia existência de desigualdade no exercício da cidadania e principalmente no direito à saúde; portanto os indivíduos e grupos sociais estão desigualmente expostos a fatores de risco e prevenção. Eliminar fatores de risco é o que nós, profissionais da saúde temos tentado nos nossos locais de trabalho; no entanto isto não é tão simples como parece à primeira vista pois implica, antes de tudo, a vontade de a população e as instituições governamentais e privadas eliminarem e ou diminuir a intensidade dos riscos, porque, para haver mudanças, é necessário, a consciência da situação.

Cientes da situação econômica e política da saúde do país e da impotência de nossas ações isoladas, iniciamos um trabalho com a população em situação crônica de saúde. Nessa condição incluem-se as pessoas com hipertensão ou com potencial para hipertensão arterial no Estado do Paraná e Santa Catarina, por meio da intercomunicação de dois grupos de pesquisa – NUCRON (Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde) de Florianópolis e o GENSA (Grupo de Estudo na Saúde do Adulto) de Curitiba. Para tanto decidimos incentivar formação de grupos de pessoas em condição crônica para trabalho com enfoque na promoção da saúde.

Neste artigo apresentamos um estudo de grupo de pessoas hipertensas com enfoque no conceito de promoção da saúde, e optamos por uma das múltiplas abordagens da promoção: a educação em saúde com a seguinte proposta:

## PROPÓSITO

Fomentar a promoção da saúde mediante a prática educativa para um grupo de pessoas com hipertensão arterial na cidade de Curitiba.

## OBJETIVOS

Facilitar as condições que possibilitem ao grupo expressar suas necessidades, aspirações, seus sentimentos e sua situação de vida e saúde;

Propiciar ao grupo ambiente favorável ao processo de

ensinar e aprender habilidades de enfrentamento para o controle de sua situação de saúde.

## MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual no qual alicerçamos este estudo é constituído por três construtos: promoção da saúde, educação em saúde e enfrentamento.

Assumimos a concepção de promoção da saúde preconizada nos documentos da primeira conferência internacional de Ottawa em 1996, nos quais o conceito de promoção da saúde é definido como processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle e melhorar sua saúde (Ashton, 1987). A promoção da saúde, segundo essa abordagem, tem ações múltiplas designadas a responder a desafios referentes à saúde, para reduzir as desigualdades sociais, aumentar a prevenção e melhorar o enfrentamento de situações de vida. Patrícia King (1994) baseada na Carta de Ottawa expressa que a promoção da saúde é multidimensional e envolve capacitação e instrumentalização das pessoas para controlar sua saúde mediante atividades diversas incluindo educação em saúde.

A promoção da saúde focaliza a conquista da igualdade social no que se refere ao exercício da cidadania; portanto ações de promoção da saúde visam a reduzir as diferenças existentes em relação aos direitos de saúde a facilitar iguais oportunidades e recursos para habilitar as pessoas a alcançar um completo potencial de saúde. Portanto promoção da saúde é um processo que proporciona às pessoas os meios para melhorar e exercer controle sobre sua saúde (World Health Organization, 1986).

A promoção da saúde sustenta o desenvolvimento individual e coletivo do homem por meio de ações com diversidade de enfoques. Neste estudo, estas ações se caracterizam principalmente pela troca de informações, mediante a educação em saúde, que facilitaram às pessoas a tomada de consciência da sua situação de saúde, bem como das relações desta com os fatores político, econômicos, sociais, culturais, ambientais e fisiológicos.

O conceito de educação em saúde foi interiorizado por nós a partir das idéias de Paulo Freire e seus seguidores. Educação é processo dinâmico de descoberta, no qual não há espaço para saber nem para a ignorância absoluta, mas, sim, para a comunicação de um saber relativo a outros, que também possuem um saber relativo (Freire, 1993). A finalidade da educação é a promoção do homem; assim, não se poderá impor uma determinada leitura do mundo mas esclarecer a existência de diferentes visões. (Freire, 1994). Para Gadotti (1991) a essencial finalidade da educação é a formação da consciência crítica, para que o educando tenha condições de decifrar o mundo.

Enfrentamento é o terceiro conceito do marco, e se caracteriza como processo cognitivo e comportamental associado a situações estressantes. O enfrentamento, segundo Lazarus & Folkman (1991), pode estar focalizado no problema

ou na emoção. Está centrado no problema quando algo é feito para afastar ou amenizar a situação estressante ou para resolver o problema. O enfrentamento centrado na emoção consiste nas ações direcionadas a reduzir ou afastar o distresse emocional associado ao problema, de maneira a sentir conforto emocional.

A partir deste marco, expressamos os seguintes pressupostos:

A educação em saúde vivenciada por um grupo de pessoas com hipertensão arterial contribui para promoção de sua saúde.

A dinâmica de grupo é espaço apropriado para o ensino-aprendizagem de estratégias de enfrentamento.

As pessoas com hipertensão arterial podem Ter vida saudável, caso desenvolvam a consciência de que é possível mudar a "leitura do mundo" e enfrentarem as situações estressantes de forma saudável.

## ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de saúde da secretaria municipal de Curitiba e se caracteriza como pesquisa prática. Pesquisa prática, segundo Demo (1995), é aquela que tem propósito a intervenção na realidade social. Para Burns & Grave (1993), consiste na investigação científica conduzida para gerar conhecimento, que influencia diretamente a prática assistencial, com o propósito de resolver problemas específicos, tomar decisões ou controlar consequências de situações da vida real. A pesquisa prática é também utilizada para testar teorias no sentido de validar sua operacionalização na prática.

O grupo em estudo foi formado por 10 participantes, oito deles pessoas com hipertensão arterial e dois profissionais de enfermagem. Dos oito participantes hipertensos, seis eram fixos, ou seja, participavam de todos os encontros; dois eram flutuantes, que participavam com menos frequência. Dos oito participantes com hipertensão, cinco eram mulheres. A maioria tinha entre 30 e 55 anos, um deles tinha 29 anos e outro 62 anos de idade. Dois participantes não sabiam ler nem escrever, e quatro estudaram até o 1º grau e dois até o 2º grau.

Para este estudo, definimos o grupo como duas o mais pessoas reunidas em encontros sistemáticos numa relação de troca em nível cognitivo, afetivo e instrumental suficiente para que os participantes aprendam e ensinem habilidades de enfrentamento. Os encontros do grupo ocorreram a cada 15 dias num período aproximado de um ano. As ocorrências de cada reunião foram cuidadosamente observada e anotada, assim como as falas e, posteriormente, os registros foram organizados sequencialmente de acordo com as datas das reuniões. A análise dos dados foi conduzida em quatro etapas: leitura e releitura do material coletado, identificação de códigos, agrupamento destes códigos e denominação de categorias.

Inicialmente os participantes hipertensos bem como a direção da instituição onde foi conduzido o estudo foram informados sobre o projeto a ser implementado; dexiou-se a

seu critério participar do estudo, ou se excluírem dele quando desejassem. O processo de ensino-aprendizagem foi centrado na flexibilidade no sentido de facilitar a liberdade de expressão e criatividade; de acordo com as idéias de Paulo Freire. Este processo incluiu três fases de procedimentos, interrelacionadas e até suprapostas, que foram: a fase da REVELAÇÃO, da RECIPROCIDADE e AVALIAÇÃO. Preliminarmente a essas fases houve reconhecimento do espaço físico, da proposta do projeto, da identidade dos participantes e pelas relações entre os participantes. A fase de revelação constituiu-se da exteriorização das necessidades, aspirações, sentimentos e da situação de vida e saúde. A aspirações, sentimentos e da situação de vida e saúde. A fase de reciprocidade se caracterizou pela troca de experiências de vida e de enfrentamento entre os participantes, enquanto a fase de avaliação ocorreu de forma espontânea, isto é, em depoimentos, quando e como os participantes, desejassem. Neste artigo, não decreveremos todo o processo ocorrido, mas apresentaremos recortes de resultados referentes às fases de revelação e da reciprocidade, conforme os dois objetivos propostos.

## A REVELAÇÃO

Em relação ao primeiro objetivo a análise dos dados revelou que as necessidades, aspirações e sentimentos dos participantes se embriavam em torno de, principalmente, quatro conceitos: condições financeiras, condições de trabalho, atendimento a saúde, relacionamento familiar e perdas. Essas quatro condições de vida, quando analisadas na sua totalidade mostram estreita interdependência. A má situação financeira conduz a uma alimentação deficiente, que resulta em saúde também deficiente e, portanto, em péssima qualidade de vida. Isto foi constatado pelas expressões:

"Precisaria comprar mais coisas no mercado, mas só dá para o essencial, não dá para o que se precisa. Quando se tem dinheiro é mais fácil substituir o arroz e o feijão por frutas e outras coisas".

"O velho se aposentou, mas trabalha de guarda, não dá para parar, a aposentadoria é pouca".

Em relação às condições de trabalho, além dos baixos salários, houve revelações referentes à jornada forçada.

"Eu trabalho sem horário de alimentação e sem horário de descanso. O meu serviço é uma escravidão, não perguntam nada, simplesmente te escalam".

Para alguns dos participantes o direito à livre expressão foi bastante limitado no ambiente de trabalho.

"Se abrir a boca, se perde o emprego. As firmas de hoje são fogo. Não dá pra reclamar.

“Trabalhamos em grupo, mas ninguém se conhece”.

A condição financeira dos pobres geralmente se agrava ainda mais quando vivem numa condição de saúde crônica, como é hipertensão arterial que, na maioria das vezes, requer tratamento medicamentoso dispendioso. Estudos conduzidos com pessoas crônicas, por Trentini et al (1990) e Silva (1990) reportam que, na sua maioria, os participantes apontaram a situação financeira como o principal problema no controle da cronicidade. Para essas pessoas em condição crônica, além dos gastos com medicação, há também perdas financeiras devido ao licenciamento do trabalho e ou aposentadoria precoce.

Há condições crônicas, incluindo a hipertensão arterial, que podem ser controladas sem medicação, ou seja, adotando um estilo de vida saudável (Rocha, 1994). Estilo de vida saudável inclui alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, ausência de angústia mas isso também tem o seu preço, o qual depende, muitas vezes, de situação financeira, como foi expresso neste estudo: por uma participante a que foi recomendado adicionar frutas na alimentação:

“Quando se tem dinheiro é mais fácil substituir certos alimentos por frutas”.

O atendimento insatisfatório nas unidades de saúde foi visto pelos participantes como um importante estressor que influencia na elevação da hipertensão arterial.

“Para ser atendida no posto a gente espera horas numa longa fila, isto me deixa muito nervosa”.

“Quando atendem, não há o medicamento que uso para a pressão”.

Reclamações e insatisfações com os serviços de saúde têm sido manifestações também em pesquisas desenvolvidas por Trentini et al (1990). Semelhante situação foi descrita igualmente por Faria (1995), que observou alguns serviços de saúde na rede municipal de Florianópolis; constatou insatisfação das pessoas em relação à longa espera na fila, à indiferença, à desinformação e até arrogância por parte dos servidores das instituições. Faria (1995) observou também que nos postos de saúde falta até medicação mais elementar e, o mais grave ainda, é vedado às pessoas o acesso às informações. Quando se trata de pessoas em condição crônica, além desses problemas, sofrem discriminações, pois os crônicos, geralmente, aparecem sempre com o mesmo problema de saúde e os profissionais talvez se sintam impotentes diante de uma situação biológica incurável. Concordamos com Faria quando diz que as instituições de saúde adotam um discurso unilateral: ao nosso ver, não poderia ser diferente, pois tem sido este o modelo de assistência à saúde dominante no nosso meio, que sempre priorizou o atendimento parcial ao ser humano, ou seja, somente a sua dimensão biológica. Acreditamos que a

melhora na assistência à saúde se processará à medida que evolui a compreensão do ser humano. Certamente pouco adiantaria injetar verbas nas instituições, se paralelamente não houver evolução na consciência dos profissionais em relação à visão de mundo. Para chegarmos a tal mudança deveremos revestir-nos de paciência e esperança, pois a mudança de paradigma é processual, lenta; ocorrerá num ritmo desigual na mente de cada pessoa.

Houve participantes que reclamam Ter tido relacionamento familiar conflituoso e perdas de tal intensidade que se constituíram sérios estressores, os quais contribuíram no descontrole da pressão arterial. A seguir descrevemos colocações de três participantes:

“A pressão sobe porque sou casada com alcoolista, ele é um homem duro, não tem jeito. Eu cuido dele, respeito, mas é cada um pra seu lado”.

E outra participante expressou:

“Estou sofrendo muito com a separação do meu filho e nora, choro muito por causa dos meus netos”.

“Perdi meu pai, vivo sozinha que é muito triste”.

A análise das informações mostrou que a vida mal vivida leva ao estresse, e este por sua vez, quando não enfrentado apropriadamente, resulta em emoções negativas tais como: raiva, tristeza e nervosismo que contribuem no descontrole da pressão arterial (Figura1). Gasparini (1992) sustenta a nossa afirmação, quando diz que a emoção se manifesta inevitavelmente por sentimentos como: raiva, medo, tristeza, alegria e outros e, paralelamente, por alterações fisiológicas, que podem evoluir para patologia. Estresse

O cientista Hans Selye foi o pioneiro no desenvolvimento do conceito de estresse, definido como resposta generalizada do organismo às mudanças do ambiente. Outros autores controbuiam na conceitualização mais abrangente do estresse, associando dimensões psicológicas, sociais e cognitivas. Portanto vários autores têm criticado a visão de estresse de Selye, incluindo Richard S. Lazarus, o qual desenvolveu a teoria do enfrentamento ao estresse. Para esse autor, estresse é visto como uma relação entre a pessoa e o seu contexto, a qual é cognitivamente considerada pelas pessoas como algo que excede os seus recursos para superá-la (Monat & Lazarus 1991). Portanto estes autores não definem estresse separadamente do enfrentamento, pois os dois fenômenos ocorrem simultaneamente. Monat & Lazarus (1991) afirmam que a definição de estresse inclui como um todo o fenômeno do estímulo, as respostas e variáveis de intervenção.

Para Hymovich & Hagopian (1992) e Helman (1994) as respostas o maneiras, de enfrentamento são mediadas por uma série de fatores; dentre eles destacam as características

individuais, o apoio social de que dispõe, a orientação de vida ou "background" cultural e as necessidades individuais. De acordo com Folkman & Lazarus (1991), quando ocorre uma situação estressante, a pessoa avalia seus recursos disponíveis e, dependendo destes, a situação estressante terá um

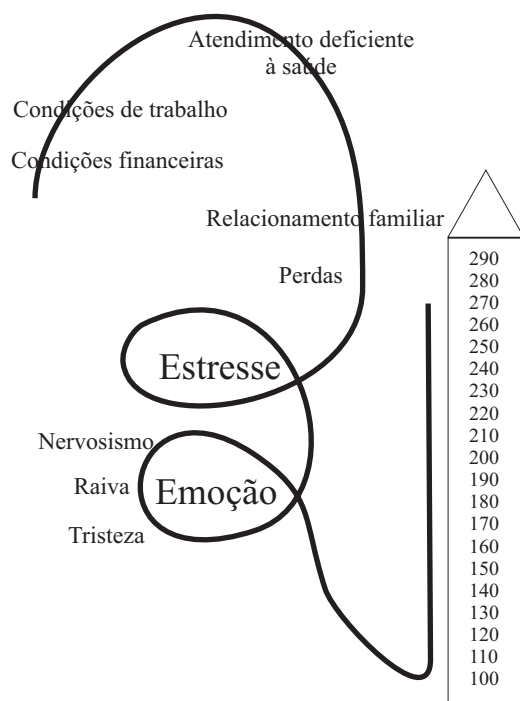


Figura 1- Interrelação de fatores estressantes, estresse, emoções e hipertensão.

determinando significado, sendo que esta influenciará a maneira de enfrentar a situação.

### Emoções

As emoções são reações psicofisiológicas complexas, que consistem em apreciações cognitivas, ações impulsivas e reações somáticas (Monat & Lazarus, 1991). Os três componentes, conforme estes autores, operam como uma única unidade e os padrões dos componentes refletem a qualidade e intensidade da emoção. A apreciação cognitiva é parte integrante do estado de emoção. A raiva, por exemplo, geralmente inclui uma avaliação de um particular tipo de agressão ou coisa semelhante a felicidade inclui a apreciação de uma relação benéfica da pessoa com seu mundo.

No presente estudo constatamos que os participantes utilizavam várias maneiras para enfrentar os fatores de estresse. Para enfrentar os problemas relacionados a hipertensão arterial, como tonturas, dor, cansaço e outros, os participantes procuraram atendimento no posto de saúde, ajuda da família, e vizinhos; tomavam remédio caseiro procuravam seguir, ou não, as recomendações dos profissionais da saúde. Percebemos que, paralelamente a ações como essas, desenvolviam

estratégias focalizadas na emoção: raiva, tristeza e nervosismo. Esse enfrentamento, focalizado na emoção, ocorria principalmente diante de situações aparentemente impossíveis de solucionar, quando utilizavam estratégias de enfrentamento não efetivas; as emoções manifestadas (raiva, tristeza e nervosismo) pouco contribuíram para reduzir ou afastar a angústia emocional provocada pela situação vivenciada. O termo nervosismo foi expressado pela maioria dos participantes, que o definiram como:

"Nervoso é a coisa que a gente pensa de um jeito e não dá certo, sabe quando não dá jeito. Dá um nervoso, amarra o peito, sentia dor no coração. Acredito que este estado de nervos faz parte de conhecer-se um pouco mais, algo sobre educação. Uma senhora que havia ficado viúva revelou".

"Nervoso é essa coisa no peito de Ter que resolver as coisas sozinha".

"A gente que é hipertensa fica nervoso a qualquer momento".

### A RECIPROCIDADE

O segundo objetivo foi alcançado através da troca de experiências ao longo de um processo lento e progressivo. A educação em saúde visou à reflexão, a partir de cada situação revelada pelos participantes, no sentido de visualizar associações desta com o resto do mundo e, desta forma, encontrar maneiras multidirecionadas de enfrentamento.

O grupo utilizou uma variedade de recursos no processo de ensino-aprendizagem tais como: desenhos, pintura, colagens, discussões, reflexões, depoimentos e explanações. Estas técnicas funcionavam como estimuladores da revelação e a reciprocidade ou troca de experiências entre os participantes, as quais foram refletidas, localizando o tem (problema) em si, sua historicidade, e o seu contexto pessoal e social. A partir daí, surgiam discussões referentes a estratégias de enfrentamento já experimentadas e outras a serem adotadas. Entre essas estratégias incluímos as relacionadas diretamente à hipertensão arterial; nesse sentido, o saber técnico da enfermeira foi fundamental, pois era desejo dos participantes Ter mais conhecimento sobre sua realidade biofisiológica, sobre fatores que influenciam diretamente na elevação da pressão arterial e seus controles. A partir das condições biológicas aparentemente de fácil controle pessoal, as discussões tomavam espaço sempre mais extenso envolvendo aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. Daí a necessidade dos profissionais da saúde também terem uma visão mais contextual da realidade. Para Freire (1995) a prática educativa, além de facilitar "a leitura da palavra" e a "leitura do texto", deve-se estender à "leitura do contexto", à "leitura do mundo".

Embora certos problemas fossem aparentemente impossíveis de solucionar ou amenizar, o importante era provocar no grupo o afloramento da consciência em relação

ao que é e ao que poderia vir a ser, bem como semear esperança de futuro melhor. Paulo Freire (1994) salienta a importância da esperança na vida das pessoas, pois, sem ela, não podemos sequer iniciar um impacto (embate) e, sem este, a esperança se esvai, até se tornar desesperança, e pode-se estender em desespero. Uma das atividades do educador, continua Paulo Freire, é mostrar a importância da força da esperança para chegarmos a um mundo melhor: sem esperança nos tornaremos desanimadas, e a luta dos desesperados se tornará suicídio.

A esperança, vista segundo o processo de enfrentamento, constitui estratégia de enfrentamento centrada na emoção; daí a importância desta dupla focalização de enfrentamento, (no problema e na emoção); o ser humano é um todo inseparável "ação e emoção"; é desta forma que as situações devem ser enfrentadas. A esperança, nas situações específicas deste estudo, funciona como vitalizador de energia para continuar lutando, mesmo a longo prazo, para o alcance de vida mais digna. Portanto as emoções constatadas neste estudo eram refletidas no sentido de revertê-las em emoções positivas.

Depoimentos dos participantes acenaram para uma avaliação positiva referente ao processo ensino-aprendizagem:

"Eu acho bom, pois até a minha pressão anda boa; a gente vem, desabafa e fica se sentindo leve. Era bom que mais gente participasse".

"Acho que é para conversar, desabafar".

"Nós somos hipertensos, mas não somos doentes; depois de tudo que aprendi aqui, passei a ver que não somos doentes, temos de aprender a controlar".

Embora este estudo seja apenas um início de uma longa caminhada rumo à promoção da saúde acreditamos na "germinação da semente", que culminará com a multiplicação da idéia de que não se pode reduzir os determinantes da saúde a apenas aspectos biológicos nem a somente sociais, econômicos e culturais mas à associação deles. Esperamos ainda que este estudo sirva de incentivo aos enfermeiros e outros profissionais da saúde para praticar a educação em saúde em grupo, utilizando como instrumento uma abordagem que permita liberdade para refletir e criticar sua realidade e recriar melhores condições para uma vida mais digna. Em outras palavras, que permita desenvolver nos participantes dos grupos a consciência de cidadania que, para Resende (1992), é um estado de espírito exteriorizado por uma postura permanente na defesa de direitos e de cumprimento de deveres. Nós diríamos que o exercício da cidadania constitui o componente básico para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ASHTON, John. La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Valencia: Talleres Gráficos

- Rapeli, 1987.
2. BURNS, Nancy, GROVE, Susan K. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993.
  3. DEMO, Pedro. Metodologia científica em ciências sociais. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.
  4. FARIA, Eliana. Comunicação e informação, instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. Ver. Texto & Contexto. Florianópolis, v4, n1, p.47-59, 1995.
  5. FREIRE, Paulo. Educação e mudança. 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
  6. \_\_\_\_\_. Pedagogia da esperança. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.
  7. \_\_\_\_\_. A sombra desta mangueira. São Paulo: Olho D'Água, 1995.
  8. GADOTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1987.
  9. HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
  10. HYMOVICH, Debra P., HAGOPION, Glória A. Chronic Illness in children and adults: a psychosocial approach. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992.
  11. KING, Patrícia. Health promotion: the emergent frontier. Journal of Advanced Nursing, n.20, p.218-219, 1994.
  12. LAURENTI, R. Mortalidade por hipertensão arterial como causa básica. Ciência e Cultura. São Paulo, v.35, n11, p.1637-1641, nov.1983.
  13. LAZARUS, Richard., FOLKMAN, Susan. The concept of coping. In: MONAT, A, LAZARUS, R. Stress and coping: na anthology, 3.ed. New York: Columbia University Press, 1991.
  14. MONAT, Alan, LAZARUS, Richard, FOLKMAN, Susan. Stress and coping: na anthology. 3ed. New York: Columbia University Press, 1991.
  15. PRATA, Pedro R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: v.10, n.3, p387-391, jul/set 1994.
  16. RESENDE, Enio J. Cidadania: o remédio para doenças culturais brasileiras. São Paulo: Summus, 1992.
  17. ROCHA, João Carlos. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. São Paulo: Papirus, 1994.
  18. RODRIGUES, Avelino Luiz; Gasparini, Ana Cristina Limongi França. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO DE F, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
  19. SILVA, Denise Guerreiro, V.da. Desafios e enfrentamentos: um modelo para a prática de enfermagem a indivíduos em condição crônica de saúde. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
  20. TRENTINI, Mercedes et.al. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.11, n.1, p.18-28, jan.1990.
  21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa charter for health promotion. Na international Conference on health promotion. November 17-21, 1986. Ottawa, Ontario, Canadá.
  22. TOMASI, Neusi Garcia Segura. Convivência em grupo: uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde. Curitiba, 1996. 110f Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná.