

Práctica educativa en un grupo de hipertensos

**Ymiracy N. de S. Polak, Enf., Ph.D.¹, Maria de Fátima Mantovani, Enf.²,
Dilma Regina G. Kalegari, Enf.³, Maria Aparecida Thiengo, Enf.⁴**

RESUMEN

Este estudio se caracteriza como relato de experiencia del proceso de formación de un grupo de convivencia con pacientes hipertensos en una ciudad de la región metropolitana de Curitiba, Brasil, que tuvo como objetivo desarrollar una práctica educativa centrada en el autocuidado. Se presenta una descripción del proceso que incluye las facilidades y dificultades vividas en él.

Palabras claves: Hipertensión. Grupo de convivencia. Educación en salud.

El conocimiento de las necesidades y expectativas en una población, así como su perfil de salud, son requisitos necesarios para planear las acciones en salud y educación.

A partir de esta premisa, el Grupo de Estudios Multiprofesional en Salud del Adulto (GEMSA), realizó un estudio sobre la demanda de los servicios de salud para la población adulta de Araucaria, donde tuvo en cuenta la identificación del problema de salud de mayor incidencia, y la creación de un grupo de convivencia de acuerdo con los resultados que se ofrecen en este estudio.

Araucaria es una ciudad de la región metropolitana de Curitiba. Se localiza en las riberas del río Iguazú, atravesada por la vía BR 476 y está a 20 km del centro de Curitiba. Araucaria es una ciudad agroindustrial con una población de 70,062 habitantes, ubicada en el empalme que une la capital y la región oeste del Estado de Paraná. Es una ciudad rica, expuesta a los riesgos de las ciudades industriales, como contaminación, violencia,

sobrepoblación, falta de saneamiento básico, estrés, intoxicaciones, además de los problemas oriundos del medio rural. Así, esta región vive con una incidencia simultánea en una misma población de enfermedades varias que se asocian con las condiciones de la modernidad y el atraso. Esto hace que cada individuo sea con frecuencia portador de distintas dolencias, cuyo efecto de interacción se desconoce.

Esta realidad, según las autoras, produce grandes presiones en los servicios de salud, que tienen déficit técnico y material en relación con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aumentado además por la atención de situaciones que emergen del medio social y falta de adecuadas metodologías de trabajo.

El papel de la educación se revela como un continuo contribuir del saber, que tiene su origen a partir de las relaciones entre los individuos y de la dinámica del proceso de vida¹.

Para el desarrollo de una práctica educativa es necesario reconocer que

cada individuo tiene opiniones, valores y creencias adquiridas en su ambiente social.

Educación también se puede ver como un proceso de elaboración del conocimiento, sujeto a las acciones del hombre: aprender, comprender y transformarse a sí mismo y a la realidad que lo rodea. En este intercambio el profesional de enfermería, junto con el usuario de los servicios de salud, no sólo desarrolla conductas que potencializan la salud², sino que contribuyen también a la formación de un ciudadano responsable y de un trabajador productivo.

La idea de trabajar el puente educación-salud en el desarrollo de habilidades para abordar las cuestiones de salud del paciente hipertenso, surgió del intento por alcanzar los objetivos propuestos por el GEMSA en su proyecto «Salud y calidad de vida del adulto,» que tiene como finalidad identificar las principales necesidades de salud de la población adulta de la Gran Curitiba, de la que Araucaria forma parte, y desarrollar y planear acciones asistenciales y educativas con base en las necesidades identificadas.

Seleccionar este tema surgió de una investigación que se hizo antes, orientada con la identificación de la demanda principal de los servicios de salud para la población adulta de Araucaria. La escogencia de esa población resultó de la articulación del

1. Profesora Titular, Livre Docente del Departamento de Enfermería, Universidad Federal del Paraná (UFPR), Brasil. Coordinadora del Grupo de Estudios Multiprofesional en Salud del Adulto (GEMSA).

2. Profesora Auxiliar III, Departamento de Enfermería de la Universidad Federal del Paraná, Brasil.

3. Profesora, Departamento de Estadística, Universidad Federal del Paraná, Brasil.

4. Estudiante de Enfermería. Becaria Universidad Federal del Paraná, Brasil.

Las autoras amablemente dieron permiso a Marlene Montes V., Enf., Ph.D., Profesora Emérita, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, para hacer esta traducción a fin de publicar el trabajo en Colombia Médica.

grupo establecida con el proyecto de Extensión Universitaria Area Articulación Docencia/Servicio con el municipio de Araucaria (CADS/Araucaria).

La realización de este estudio se orientó en buscar respuestas a dos preguntas básicas, así:

- Cómo se brinda la asistencia al hipertenso que busca el servicio de salud;
- Cómo participa el hipertenso en su autocuidado.

Para tener posibles respuestas a estas preguntas se creó un grupo de convivencia de hipertensos, donde los pacientes fueron atendidos por la enfermera a nivel individual y de grupo, a partir de reuniones que tenían el objetivo de propiciar el proceso de conocimiento y aprendizaje a través de vivencias propias, de la realización de su autocuidado y de compartir experiencias. Gayotto *et al.*³ comentan que «al convivir en el grupo, las personas van interiorizando formas de pensar, de actuar y de sentir de los compañeros, y cómo esos aspectos se articulan a su propia manera de ser.»

Ese proceso se caracteriza como educación en salud donde el hipertenso tiene papel central y expresivo, y desarrolla un conocimiento que realiza en equipo con otros elementos. Para L'Abbate *et al.*⁴, la educación en salud se entiende como campo privilegiado de las relaciones interpersonales y sociales a través de las que se efectúan las prácticas de salud en las instituciones que tienen esta finalidad.

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio tuvo el propósito de desarrollar una propuesta educativa orientada a la promoción de la salud con los hipertensos atendidos en el Centro de Salud de Araucaria; describir el perfil de los hipertensos; asistir

el individuo hipertenso durante la consulta de enfermería de acuerdo con las necesidades presentadas por el grupo y promover reuniones periódicas con el grupo de hipertensos, de acuerdo con su disponibilidad.

La hipertensión arterial se clasifica como una enfermedad crónico-degenerativa que ataca a millones de personas en todo el mundo. Según Brunner y Suddarth⁵, puede surgir abruptamente y con rápida evolución, afectar la salud del portador.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión⁶, muestran que «en la mayoría de los países, 15% a 20% de los adultos presentan presión arterial elevada, y cerca de dos tercios de ellos tienen alza leve de la presión arterial.» Este valor es bastante significativo para que los servicios de salud hayan identificado el alto riesgo del hipertenso en desarrollar enfermedades cardiovasculares, manifestadas de las más diversas formas. «Es la causa más prevalente de accidentes cerebrovasculares debido a hemorragia intracelular y de insuficiencia cardíaca congestiva; y también precursor frecuente de la enfermedad de las arterias coronarias e insuficiencia renal.»⁷

Al llamar la atención sobre este hecho, Willians⁸ informa que 30% de los hipertensos que dejaron el tratamiento de 7 a 10 años pueden tener complicaciones arterioescleróticas y 50% presentarán lesiones terminales de órganos como insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), accidente cerebrovascular (ACV), retinopatía e insuficiencia renal, aun en las formas más leves. Así las OMS/SIH⁶ consideran que «entre más alta la presión arterial, mayor el riesgo de accidente vascular cerebral y condiciones coronarias.»

Para el Ministerio de Salud⁶, la

hipertensión se considera como un proceso social que influye o transforma el componente biológico de la persona. Menciona como agentes contribuyentes la herencia, la edad, el sexo, el cigarrillo, la obesidad, el colesterol sérico, la diabetes, la ingesta elevada de sodio, el alcohol, las drogas antiinflamatorias, los descongestionantes nasales y antidepresivos, y factores sociales como tipo de ocupación, tamaño familiar, aglomeración de personas, estrés, competencia, ruidos y calor excesivo, entre otros.

De acuerdo con tales factores, el tratamiento puede ser con medicamentos o sin medicamentos o, complementarse entre sí, con el fin de alcanzar los diversos contextos de la enfermedad.

No se realizó la terapia con medicamentos por ser el profesional médico el principal responsable de ella. El presente estudio enfatizó la educación para lograr el cambio de hábitos que perjudican la salud del hipertenso.

Beland y Passos⁹ señalan que el papel fundamental de la enfermera en relación con el individuo hipertenso es dar atención particular y personal, ayudarlo en la identificación de condiciones favorables para controlar la enfermedad hipertensiva, en la comprensión de su comportamiento y en el estudio de acciones alternativas sobre las modificaciones necesarias, a fin de disminuir sus ansiedades y temores, además de proporcionar apoyo emocional y confianza. Agrega Mulquecney⁷ que revela el carácter vital de interacción que se basa en la comprensión como forma de explorar prácticas terapéuticas realistas y efectivas, y tiene en cuenta el contexto biopsicosocial del hipertenso. Refuerza de nuevo la aceptación de la responsabilidad de este último en el tratamiento, pues la enfermedad persiste por toda la vida.

PROCESO DE CREACIÓN DEL GRUPO Y DESARROLLO DE LA PRÁCTICA EDUCATIVA

El Proyecto CADS/Araucaria posee varias unidades de atención, lo que facilitó, por medio de visitas, el conocimiento de las acciones de salud desarrolladas. En cada centro de salud visitado se preguntó al profesional de enfermería responsable, la existencia de programas de salud relacionados con el adulto, sobre las características de la población objeto, las necesidades de la unidad y el interés en un proyecto educativo.

Al tener en cuenta la amplitud del área que conforma la Gran Curitiba y los escasos recursos de orden económico, fue necesario limitar el área de investigación. Por tanto, se seleccionó una unidad de salud específica para el desarrollo de este estudio.

Vale destacar que antes de iniciar el trabajo, se presentó la propuesta y los objetivos del estudio a los hipertensos, y se solicitó a los que deseaban ser entrevistados que se dirigirían a una sala previamente seleccionada. También se informaba que los que no deseaban participar se les atendería según lo establecido rutinariamente, sin sufrir ningún perjuicio, y que podían frecuentar las reuniones del grupo cuando quisieran.

Esta primera etapa permitió mayor interacción con el hipertenso, preguntándole su día a día y cómo se estaba cuidando, con cuáles estrategias y cuáles eran las dificultades que encontraba para realizar su cuidado.

La entrevista tenía preguntas abiertas y cerradas; las abiertas se referían a los datos sociodemográficos y las cerradas al autocuidado. Los datos obtenidos en esta entrevista permitieron la formación del grupo de convivencia, que se presenta a continuación.

A los pacientes se les preguntó durante la entrevista sobre la posibilidad de asistir a un grupo de convivencia; respondieron 32% que no podían participar por vivir lejos, o trabajar, o no disponer de tiempo libre. Sin embargo, 68% contestaron estar interesados, porque consideraban importante intercambiar conocimientos sobre la enfermedad. Esto se debió a que casi todos eran jubilados, no estaban comprometidos con sus horarios y tenían facilidad para desplazarse al puesto de salud para participar de las reuniones. Las reuniones se realizarían siempre los viernes de las 9 a las 10, completándose 5 reuniones entre septiembre y noviembre.

De acuerdo con Zimmermand¹⁰, el ser humano es social, sólo existe y subsiste en función de sus interrelaciones grupales. Desde el nacimiento, participa de diferentes grupos, en una constante dialéctica que tiene que ver con la búsqueda de su identidad individual y con la necesidad de una identidad social y de grupo.

Con base en esa premisa, a los adultos hipertensos se aplicó un formulario de entrevistas durante las consultas de enfermería, para definir paralelamente el cronograma y el sitio donde se realizaría el trabajo, y se optó por horas en una sala de preconsulta, que permitía hacer una consulta sin prisa, sin interrupciones y sin aglomeración.

El diálogo surgía durante el proceso interactivo, se conversaba con el hipertenso, se le preguntaba sobre su día a día, cómo se cuidaba, qué métodos seguía y qué problemas tenía para aplicarlos. Con este enfoque se buscaba el intercambio mutuo de conocimientos por medio de las orientaciones, siendo una constante las preguntas sobre la posibilidad de realizar determinado tipo de cuidado; si no lo hacía se buscaba saber porqué y qué

modificaciones proponía. Muchos pacientes también contaban sus temores en relación con las complicaciones; en ese momento se aclaraba el porqué de la frecuencia y la importancia del autocuidado como manera de prevenirlas. Además, otros compartían las maneras propias de cuidarse y el efecto que tenían en su presión, enriqueciendo así el proceso interactivo; en las reuniones siguientes se preguntaba sobre la efectividad de las orientaciones y se daban nuevas sugerencias si era necesario.

Cuando respondían positivamente a la invitación para participar del grupo de convivencia de hipertensos, se invitaban a participar de las reuniones que al principio se realizarían todos los viernes una hora, excepto los días de fiesta, o los dedicados a otras actividades. Se informó también que se podrían presentar cambios en caso de otro horario más viable para ellos; además, las reuniones se informarían por medio de invitaciones escritas, que se entregarían en la consulta, y carteles de aviso puestos en las salas de espera de la unidad.

Las reuniones se realizaron en una sala específica, con poca ventilación y sin infraestructura para las reuniones; sin embargo, por estar disponible, se aceptó como única opción para el trabajo. Con el fin de volverla más agradable y menos formal, los asientos se colocaron en círculo durante las reuniones.

Tratando de volver más agradable cada una de las reuniones, se elaboró una planeación flexible, que ofrecía una orientación sobre el funcionamiento del grupo, sobre las reuniones y otros datos relacionados con actividades o asuntos sugeridos por el grupo.

Se destaca que el grupo estuvo compuesto por los adultos invitados durante las consultas, así como por

aquellos que venían ese día para controlar su presión arterial y tenían interés en participar del grupo; es decir, había participantes fijos y otros esporádicos.

Las reuniones se iniciaban con la presentación personal de la becaria o del investigador del proyecto, y en seguida se estimulaba a cada integrante para que se presentara ante los asistentes. Luego se hacían preguntas sobre el problema de la hipertensión, con respecto a la autopercepción y el autocuidado. Con las discusiones surgían otros temas y el intercambio de experiencias era efectivo, pues había momentos en los que las orientaciones y aclaraciones permitían un conocimiento mejor de la enfermedad. Para esta actividad se utilizó la exposición con diálogo y el uso de cartulinas con dibujos explicativos. Al terminar la reunión, se decidían juntos cuáles asuntos se discutirían en la próxima reunión. Si faltaba alguno de los asistentes, se hacía visita domiciliaria a los que vivían en sitios cercanos a la unidad, a fin de estimular su regreso, lo que permitía establecer relación e interacción mayores.

Mailhiot¹¹ refiere que la participación del individuo en la formación de la dinámica de grupos le proporciona ayuda porque lo descentra de sí mismo y lo sitúa en relación con el otro, lo libera de las fijaciones o de su egocentrismo, y lo prepara en el aprendizaje del alocentrismo, donde cada integrante se compromete personalmente en la experiencia de grupo de acuerdo con su ritmo, y puede desarrollar una actitud atenta para sí y para los demás y una postura más flexible en relación con el mundo.

Se adoptó la metodología problematizadora para trabajar los contenidos, discutir y profundizar las temas que surgieron en las reuniones.

De las 38 referencias la más común fue estrés/preocupación. La familia, la situación económica, la falta de trabajo remunerado se señalaron como principales estresores. Para Lipp y Rocha¹² el estrés se caracteriza como una tentativa de adaptación de cada persona a los sucesos que la confunden, la atemorizan o la emocionan profundamente; cuando es intenso y prolongado, provoca modificación de los límites normales, los considera más altos e interfiere en la percepción de reducción de su valor, pues el organismo no lo reconocería como erróneo sino normal. Son capaces de actuar sobre el sistema simpático y provocan liberación de sustancias que obran sobre órganos específicos y aumentan la presión sanguínea¹³.

El exceso de peso se puede relacionar con poca práctica de ejercicios, ambos citados como segunda dificultad. Muchos refieren tener pereza, falta de tiempo, pérdida de interés para realizarlo. Estos datos no sorprenden si se tienen en cuenta el ajeteo diario, el deseo de descansar y la ociosidad. Sin embargo, según Pianzola *et al.*¹⁴ las actividades físicas regulares y constantes contribuyen en el descenso de la presión arterial, al producir efecto psicológico positivo, atmósfera relajante y contribuir a la pérdida de peso. Furtado¹⁵ comenta que observó que «la pérdida de 1 kg de peso puede llevar a una disminución de 1 mm Hg en la presión arterial media,» así como también en la reducción de otros factores como la hiperlipidemia y la acumulación de líquidos.

La dieta hiposódica fue el tercer obstáculo, pues tenía la consecuencia de percibir la alimentación como poco sabrosa o con mal sabor. El carácter de las comidas se relaciona con la costumbre y la cultura de cada uno.

La sal aumenta la presión arterial al obrar sobre los riñones, produce retención de líquidos, aumenta el volumen de los fluidos corporales, y conduce a una actividad excesiva del sistema nervioso porque sube su sensibilidad a la hormona noradrenalina¹².

Al preguntar si utilizaban alguna terapia alternativa para bajar la presión arterial, 44% informaron el uso de bebidas aromáticas como cidrón, limoncillo, camomila, sidra, y el empleo del ajo. Esta cifra es significativa porque la refieren casi 50% de los hipertensos. El uso de hierbas caseras se basa en la cultura que pasan otras personas, además de ser fáciles de adquirir, baratas y apreciables; posiblemente por este motivo tengan gran aceptación.

Entre las dificultades encontradas por los investigadores para constituir un grupo fijo de hipertensos se puede citar el largo período existente entre las reuniones, la presencia de días festivos, el compromiso de actividades extras que dificultan la presencia de los investigadores en el campo, la existencia de pacientes poco participativos, y la falta de un sitio específico para reuniones, entre otros y la interrupción del trabajo debido a las vacaciones de los motoristas que transportaban el equipo de Curitiba a Araucaria.

Se sabe que las dificultades existen como en cualquier otra actividad; pero las mayores se relacionaban con la programación de las reuniones que casi no coincidían con las posibilidades del servicio y de la escuela; otro factor fue la falta de un trabajo multiprofesional, además de la comunicación inicial de la escuela con el servicio, lo que se superó de manera gradual con el desarrollo de las actividades.

Entre los temas discutidos en el grupo se destacan los factores que

influyen en el aumento de la presión arterial, como fumar, el nerviosismo, la preocupación con la familia, la falta de dinero; además del uso correcto de los medicamentos, la alimentación saludable, el control periódico de la presión, la falta de trabajo remunerado y la falta de valorización por la sociedad de los que saben un oficio; las dificultades actuales en desarrollar relaciones interpersonales, consecuencia del capitalismo individual, resulta en la soledad, entre otros.

Características de los pacientes.

Se realizaron 25 entrevistas en el período correspondiente a la recolección de datos. La frecuencia de personas hipertensas es mayor en el grupo de 41-60 años de edad (48%) con predominio de mujeres (28%); luego siguen los de más de 60 años (36%) con predominio de hombres (28%). Esto es contrario a la afirmación del Ministerio de Salud⁶ que hay más hombres hipertensos en el grupo inferior a los 40 años, pues en el sexo femenino el predominio está en la faja superior a los 40 años.

Con respecto a la ocupación, 44% de los entrevistados son jubilados, 20% están en el hogar y 46% mencionan profesiones diversas como costurera, agricultor, celador, mecánico, tapicero. El tipo de trabajo es un factor ambiental que influye la aparición de la hipertensión.

Según el Ministerio de Salud⁶, el calor excesivo, ruidos, vibración, tensión, exigencias y el estrés pueden llevar a un aumento de la presión arterial. Campos¹⁶ explica que «estímulos excesivos provenientes de dentro o de afuera del individuo determinan la respuesta exagerada del sistema cardiovascular y producen alteraciones en la estructura de los presorreceptores y de las paredes arteriolas.»

De los hipertensos entrevistados,

56% manifestaron haber tenido conocimiento de la enfermedad hace más o menos 5 años, y 24% entre 5 y 10 años. La presencia de otra enfermedad ocurrió en 32% de los entrevistados, pues citaron «problema del corazón,» «cálculos en los riñones,» «reumatismo,» «infección en los pulmones,» «nerviosismo,» y «jaqueca.» Se observa que las enfermedades preexistentes ocurren en 10% de los hipertensos, y producen la llamada hipertensión secundaria. Las enfermedades vasculares, cardíacas o renales establecen, por medio de sus cuadros clínicos, alteraciones de la presión arterial, y llevan a su aumento^{8,7,16}.

La mayoría de los entrevistados, cerca de 60%, señaló que sus padres sufrían de hipertensión arterial (50%) como también sus hijos (28%). Esta información confirma lo encontrado en la literatura sobre el papel de la herencia como influencia en la manifestación de la hipertensión. Según Lipp y Rocha¹², «más de 70% de las personas que tienen presión alta vienen de familias hipertensas,» lo cual no quiere decir que obligatoriamente un padre hipertenso tendrá un hijo hipertenso, porque otros factores ambientales y constitucionales contribuyen para su aparición. Willians⁸ informa que la causa la puede determinar una herencia multifactorial, o por diferentes efectos genéticos con expresiones fenotípicas propias que resultan en aumento de la presión.

Al determinar el lugar de residencia de los hipertensos se confirmó que 60% viven en regiones por fuera del área que abarca la unidad de salud; sin embargo, 68% de ellos realizaron el control de la presión arterial en la unidad. Como razones que influyen a buscar el servicio están: la facilidad de transporte, la falta de consultas en

las unidades próximas a sus casas y la localización de la unidad.

Datos relacionados con el autocuidado. Cuando se preguntó acerca del uso de medicamentos para controlar la presión arterial, 80% mencionaron que utilizaban hipotensores todos los días y 8% comentaron este uso sólo si presentaban algún síntoma de aumento de la presión, como lipotimia y dolor de cabeza intenso en la región occipital. Se sabe que en estudios relacionados con la adherencia a la terapéutica de medicamentos es extremadamente baja, como informa Furtado¹⁵. En su estudio analiza la terapéutica sin medicamentos de la hipertensión y comenta diversos aspectos. De acuerdo con Lipp y Rocha¹³ el descanso se justifica por la negligencia u olvido del uso de medicamentos (que en forma gratuita ofrece la unidad de salud), y compromete así el éxito del tratamiento.

Los valores mayores de la presión diastólica, relacionada con la presión de la sangre en movimiento durante el relajamiento ventricular, se encuentra por encima de 80 mm Hg. Eso demuestra que 40% de la población hipertensa atendida posee, de acuerdo con Willians⁸ y con la OMS/SIH⁶, hipertensión leve o moderada y 36% hipertensión grave, lo que enfatiza la necesidad de modificar hábitos a fin de prevenir problemas.

Para evaluar la presión arterial la frecuencia más común fue cuatro veces al mes (56%). En la literatura consultada no se encontró referencia sobre el intervalo necesario para su comprobación. Se hace necesario recordar que el control de la presión no está solamente en su medida, sino que abarca cambios de hábitos tanto de quien sufre la hipertensión como de las personas con las que convive pues ellas son importantes para estimular el autocuidado del enfermo^{7,9,13,15}.

CONCLUSIONES

La formación de un grupo de convivencia de hipertensos a pesar de las dificultades vistas fue bastante positiva tanto para los investigadores como para la comunidad. Se comprobó que en la medida en que se comparten el saber y la vivencia, se propicia un crecimiento mutuo en el paciente y en los demás, a partir de las experiencias diarias.

Respetar los valores y autoestima del hipertenso, demostrar interés por su cuidado, discutir sobre nuevas orientaciones, fueron pasos que permitieron la interacción en un contexto de confianza y libertad de expresión no sólo individual sino en conjunto. El grupo formado por hipertensos, a pesar de no constituirse de manera estable, mostró que cada uno de los miembros está abierto a compartir experiencias con los demás, lo que contribuye en el cuidado del otro.

Vivir este estudio en una unidad de salud proporcionó reflexión sobre el papel de las enfermeras en la promoción de la salud. No basta apenas cumplir lo que el programa de salud ofrece; es necesario actuar en la realidad de la población atendida y buscar la creación de estrategias que consideren sus necesidades reales. Igual importancia tienen la cooperación del equipo de enfermería en la ejecución de la asistencia propuesta.

Se destaca que este trabajo es un marco inicial que servirá de base a otros, donde la consulta de enfermería y la formación de grupos de con-

vivencia son importantes para valorar lo vivido por cada uno, y donde se incluyen también el conocimiento y el cómo ayudar a convivir con problemas crónico-degenerativos. Otra contribución importante de los grupos de convivencia es la aproximación del servicio al usuario de salud.

La experiencia fue interesante tanto en el proceso de enseñar y aprender como por la convivencia con personas sencillas, sobre todo como experiencia de vida, para construir el conocimiento día a día, lo que reforzó la importancia del aspecto académico para discutir y edificar propuestas en relación con cuestiones de salud junto con las personas interesadas.

SUMMARY

This paper reports the experience of a process for forming an inter-course hypertensive group in a city of the metropolitan region of Curitiba, Brazil. Its main purpose was to develop an educative practice based on self-care. Descriptions of several factors of the process, pointing out facilities and difficulties which emerged during the course, are given.

REFERENCIAS

1. Kuenzer AZ. *A pedagogia da fábrica as relações de produção e a educação do trabalhador*. São Paulo: Ed. Cortez, 1985. Pp.70-85.
2. Luz MT. *A educação para a saúde e as instituições de saúde e educação*. Rio de Janeiro: Ed. Cortez, 1985. Pp. 90-100.
3. Gayotto MLC, Giffoni VL, Domingues I, et al. *Líder de mudança e grupo operativo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985. Pp.

- 60-5.
4. L'Abbate S, Smeke EL, Oshiro JH. A educação em saúde como um exercício de cidadania. *Saúde em Debate*. São Paulo, n. 37, p 81-5, dezembro 1992.
5. Brunner LS, Suddarth DS. Avaliação e assistência a pacientes com distúrbios vasculares e problemas na circulação periférica. In *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. VI, pp. 545-80.
6. Ministério da Saúde OPS/OMS. Brasil. Controle da hipertensão arterial: Uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro; CDV/NVTE, 1995. Pp. 5-6.
7. Mulquecney YE. Hipertensão arterial e doença cardíaca isquêmica. Beyers M, Dudas S (eds.). In *Enfermagem médico-cirúrgica: Tratado de prática clínica*. 2ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. pp. 395-419.
8. Willians GH. Vaculopatia hipertensiva. En Harrison: *Principios de Medicina Interna*. 13ª ed. Madrid;Interamericana, Vol. 1, cap. 209, 1994. Pp. 1286-303.
9. Beland I, Passos J. *Enfermagem clínica*. 4ª ed., São Paulo: EPU/EDUSP, 1979, v2. Pp. 70-80.
10. Zimmermand DE. *Fundamentos básicos da grupoterapias*. Porto Alegre; Artes Médicas, 1993. Pp. 40-50.
11. Mailhiot BG. *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Ed. Duas Cidades, 1991. Pp. 50-60.
12. Lipp M, Rocha JC. *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. 3ª ed. Campinas; Ed. Papyrus, 1994. Pp. 30-5.
13. Guimarães B. Controle da hipertensão arterial através da redução da atividade do sistema simpático. *Rev Bras Clin Terap* 1991; 20: 370-72.
14. Pianzola H, Moriana N, Giménez P. Los grupos de ejercicios programados en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Fed Arg Card* 1992; 21: 173-80.
15. Furtado MR. Terapêutica não farmacológica da hipertensão. *RSCESP* 1992; 2: 30-4.
16. Campos EP. Programa integrado de atendimento ao hipertenso. *Rev Bras Clin Terap* 1988; 17: 186-92.