

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MARIA DE LOURDES BARBOSA NEGRÃO

**SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
EM SALA DE ESPERA**

Alfenas / MG

2017

MARIA DE LOURDES BARBOSA NEGRÃO

**SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS PESSOAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ÀS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
EM SALA DE ESPERA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG como requisito parcial para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo do Cuidar em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Coorientadora: Profa. Dra. Patrícia Costa dos Santos da Silva

Alfenas / MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Negrão, Maria de Lourdes Barbosa.

Significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera / Maria de Lourdes Barbosa Negrão. -- 2017.
72 f.

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2017.

Bibliografia.

1. Hipertensão. 2. Educação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite. II. Título.

CDD 616.132



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



Maria de Lourdes Barbosa Negrão

“Significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 17 / 02 / 2017

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Eliane Garcia Rezende
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Dedico este trabalho a todos que de algum modo contribuíram, incentivaram-me e me acompanharam durante a realização deste estudo, em especial aos meus pais, irmãs, esposo e filhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter concedido a oportunidade de realizar este sonho, pela persistência e pela perseverança quando acreditava ter sido vencida pelo cansaço e que teria de parar no meio do caminho, pela força que recebi dos colegas e dos amigos.

Às pessoas da minha família que se envolveram no processo de desenvolvimento deste estudo dando apoio e força.

A minha colega e amiga Ciderléia Castro de Lima pelo apoio e disponibilidade nos momentos difíceis.

Aos colegas de trabalho: Rosemeire, Regina, Sandra, Erika, Eliane, Palmira, Sueli e Maria Aparecida por terem compartilhado dos momentos de ansiedade, pelas palavras de conforto, de carinho e de compreensão.

A Maria Eunice pela compreensão, pela flexibilidade e pela empatia, o que me deu possibilidade de atingir meu objetivo.

À equipe da Unidade de Estratégia de Saúde da família dos Santos Reis pela receptividade e pela colaboração e que, mesmo diante de tantas adversidades abriu espaço para o desenvolvimento deste estudo.

A minha coorientadora Profa. Dra. Patrícia que, enquanto muitas portas se fechavam, me deu apoio incondicional e se tornou uma grande parceira, ajudando em todas as etapas desta trajetória.

Em especial, a minha orientadora Profa. Dra. Silvana que, com muita dedicação, conhecimento e motivação, procurou compreender as fases de instabilidade, me apoiou, incentivou-me e promoveu meu desenvolvimento.

Muito Obrigada!

E de repente, num dia qualquer, acordamos e percebemos que já podemos lidar com aquilo que julgávamos maior que nós mesmos. Não foram os abismos que diminuíram, mas nós que crescemos.

Mário Quintana.

RESUMO

Introdução: O espaço da sala de espera promove um ambiente com potencialidades para as ações de educação em saúde, porque propicia a interação, o acolhimento, a humanização, a construção do conhecimento e de significados.

Objetivo: Analisar os significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera. **Método:** estudo com

abordagem qualitativa, analítico, ancorado nos conceitos do referencial Histórico-Cultural. Participaram do estudo 19 pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica de área adscrita de uma unidade de estratégia de saúde da família de um município de Minas Gerais. Os dados foram coletados pela pesquisadora em 2016, com visitas previamente agendadas no domicílio, a partir de entrevista semiestruturada e de anotações em diário de campo e registrados por meio de gravador. A análise dos dados foi dedutiva, a partir dos conceitos Histórico-Cultural.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética. **Resultados:** Após a leitura e a análise das falas, obtidas mediante entrevistas gravadas e anotações do diário de campo foram construídos três temas: Relação mediadora: uso da linguagem e instrumentos; A interação em sala de espera: espaço para reelaboração de significados; Aprendizado: o potencial das ações de educação em saúde em sala de espera.

Conclusão: a sala de espera configurou um espaço promotor de interação, mediado pela linguagem e pelos instrumentos de dialogicidade, de compartilhamento de saberes e práticas, o que favoreceu aos participantes a construção de significados, a internalização de conhecimentos com potencial para mudanças de estilo de vida.

Descritores: Hipertensão. Educação em Saúde. Promoção à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The spaces in the waiting room promote an environment with potentialities for health education actions, because it fosters interaction, reception, humanization, construction of knowledge and meanings. **Objective:** Analyze the meanings attributed by people with systemic arterial hypertension to the actions of health education in the waiting room. **Method:** This is a qualitative, analytical type study, anchored in the Historical-Cultural concepts. A total of 19 people with a diagnosis of Systemic Arterial Hypertension of ascribed areas of a family health strategy unit of a municipality of Minas Gerais participated in the study. The data was collected by the researcher in 2016, with visits previously scheduled at home, from a semi-structured interview and field diary notes and recorded with a tape recorder. The analysis of the data was deductive, from the Historical-Cultural concepts. Study approved by the Ethics Committee. **Results:** After reading and analyzing the speeches, obtained by recorded interviews and the notes of the field diary, three themes were constructed: mediator relationship: use of language and other instruments; The interaction in waiting room: space for re-elaboration of meanings; Learning: the potential of health education actions in the waiting room. **Conclusion:** the waiting room set up a space for promoting and producing interaction, mediated by language and instruments, dialogue, sharing of knowledge and practices, which favored participants to construct meanings, to internalize knowledge and with potential For lifestyle changes.

Keywords: Hypertension. Health Education. Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EESF	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UESF	Unidade de Estratégia Saúde da Família
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas-Minas Gerais
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
3 OBJETIVO	22
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA	23
5 MÉTODO	32
5.1 TIPO DE ESTUDO	32
5.2 CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO.....	32
5.3 GRUPO SOCIAL PESQUISADO	36
5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	37
5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	41
6.1 A INTERAÇÃO EM SALA DE ESPERA: ESPAÇO PARA A REELABORAÇÃO DE SIGNIFICADOS.....	41
6.2 RELAÇÃO MEDIADA: USO DA LINGUAGEM E INSTRUMENTOS	46
6.3 APRENDIZADO: O POTENCIAL DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SALA DE ESPERA.....	50
7 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
ANEXO A–Aprovação pelo Comitê de Ética	66
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	68
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70

APRESENTAÇÃO

Este estudo é um desdobramento de um projeto de intervenção desenvolvido por pesquisador em estágio pós-doutoral, do qual tive participação em todas as suas etapas, que apresentava por objetivo elaborar o projeto de intervenção, a partir das prioridades estabelecidas pela equipe de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) de um município do Sul de Minas Gerais.

Para a elaboração do referido projeto, foi realizado o levantamento dos principais problemas, por meio de grupo focal. Dentre esses problemas, estavam o número crescente de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a baixa adesão ao tratamento. Os dados mostravam que, das 2599 pessoas cadastradas, 512 apresentavam o diagnóstico de HAS. A partir desse levantamento, foram realizados encontros subsequentes, por meio de grupos operativos, para a elaboração do diagnóstico situacional, do levantamento da priorização dos problemas relacionados aos hábitos de vida de pessoas com HAS; descrição e explicação dos problemas selecionados; seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e de gestão, cumprindo as etapas propostas por Campos, Faria e Santos (2010).

Os resultados apontaram para a necessidade de implementar ações para a mudança do estilo de vida de pessoas com HAS. Para o alcance desse objetivo, foram criados dois subprojetos: o grupo de atividade física e a sala de espera, denominada bate-papo saudável. Esse subprojeto constitui o foco de interesse deste estudo, cujas ações foram desenvolvidas pela equipe da UESF, por meio de temáticas diversificadas, com o objetivo de criar um espaço de diálogo, de interação e de aprendizagem, para favorecer as pessoas com HAS para mudanças do estilo de vida. Assim, será no decorrer deste trabalho, contextualizada a magnitude do problema HAS, as contribuições da ciência sobre educação em saúde, os significados que as pessoas com HAS atribuíram às ações desenvolvidas por meio do bate-papo saudável a partir dos conceitos Histórico Cultural de Vigotski¹

¹ Vigotski pode ser escrito com diferentes grafias, dependendo da época, país e editora que publicou seus trabalhos. Optou-se neste trabalho pela grafia aqui apresentada reconhecida no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A iniciativa de ingressar no Programa de Pós-graduação em Enfermagem se deu frente à necessidade de qualificação profissional para o exercício da docência e ao aprofundamento dos conhecimentos em pesquisa, tendo em vista minha atuação como supervisora de atividades práticas em uma UESF. No decorrer dessa experiência profissional, tive a oportunidade de desenvolver e de participar das ações de educação em saúde junto às pessoas com condições crônicas, tornando-se rotina no processo de trabalho.

Dessa experiência, foi possível perceber a imensa lacuna existente entre as necessidades das pessoas com condições crônicas e as atividades educativas propostas. As dificuldades eram dos trabalhadores em saúde que não se sentiam estimulados porque não percebiam o comprometimento das pessoas ao tratamento e nem tampouco, mudanças no estilo de vida, assim como para as pessoas com condições crônicas que participavam de forma passiva e não eram assíduas às ações propostas. Soma-se, ainda, o fato de que as ações eram programadas e desenvolvidas em sua maior parte pelos estagiários e pelos supervisores das universidades, como componente curricular de práticas e de estágio, com pouco envolvimento dos trabalhadores em saúde.

Nesse sentido, o desejo de compreender as potencialidades das ações de educação em saúde, como essencial para a reflexão e mudança de comportamento na vida das pessoas, foi o que despertou o interesse em aprofundar sobre o tema.

Ao ingressar no mestrado, foi-me proposto o acompanhamento das ações do estágio pós-doutoral que apresentava por objetivo desenvolver um projeto de intervenção junto à equipe de UESF. Participei ativamente de todas as etapas do projeto que foi construído coletivamente, com o propósito de potencializar as ações da equipe da UESF. Os problemas e as prioridades foram levantados e os nós críticos identificados. Os resultados apontaram como prioridade a necessidade de ações em saúde para a mudança do estilo de vida das pessoas com HAS, condição crônica mais problemática e de maior prevalência na área adstrita. As ações foram pactuadas e comprometidas entre equipe de saúde e as pessoas atendidas na UESF, o que permitiu a longitudinalidade do estudo e das ações. Das proposições

apresentadas foram criados dois subprojetos: os grupos de atividade física e a sala de espera, denominada bate-papo saudável.

A prioridade atribuída pela equipe às condições crônicas está em consonância com as políticas públicas, com a agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde do Ministério da Saúde, e ainda, com o fato de as condições crônicas, em especial a HAS, contribuírem para as mortes precoces, para a perda de qualidade de vida e para o alto grau de limitação das pessoas (BRASIL, 2014).

Mesmo com esse contexto marcado pelas crescentes taxas das doenças cardiovasculares, as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, ainda são incipientes entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família (EESF) no Brasil. É por este motivo que se têm discutido e tecido críticas sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho das equipes da atenção primária a saúde (APS), porque são focadas num formato de sistematização que não têm se adequado às necessidades de pessoas atingidas por problemas de natureza crônica (MEDINA et al., 2014).

As ações de educação em saúde têm privilegiado, na maioria das vezes, as metodologias tradicionais, caracterizadas pela ação unidirecional, em que a pessoa assume uma posição passiva no processo de aprendizagem, o que tem dificultado a formação de vínculo entre a equipe e a pessoa, e tem tornado contraproducente ao modelo de assistência.

Alves e Aerts (2011) têm recomendado que as ações de educação em saúde devem ser incorporadas como rotina no processo de trabalho em saúde, ser desenvolvidas coletivamente e com potencial para estimular nas pessoas o desenvolvimento de reflexão crítica na relação ensino aprendizagem.

A partir dessa compreensão, o modelo de aprendizado fundamentado na abordagem Histórico-Cultural de Vigotski mostra o seu potencial ao defender que o homem é um ser histórico e cultural, que aprende na interação com o outro, constrói novos significados e se desenvolve. O processo de desenvolvimento ocorre por meio da mediação com o auxílio de instrumentos. A linguagem é um instrumento mediador das ações de educação em saúde em que o ato de falar, de explicar e de conversar leva as pessoas a construir novos significados (VIGOTSKI, 2007).

Vigotski (2007) prioriza a dialogicidade, porque o agente da aprendizagem neste processo deve ser ativo, o que desperta mais interesse, pois suas singularizadas são valorizadas e permite compartilhar saberes e práticas.

Nessa mesma direção, Rodrigues et al. (2009) desenvolveram as ações de educação em saúde em sala de espera e concluíram que esta promove um ambiente com potencialidades, sendo um espaço onde ocorre interação entre as pessoas e o meio. Assim, o processo de educação pode estimular nas pessoas o compromisso pelo autocuidado e levar à compreensão de que muitas situações são passíveis de prevenção.

Os resultados do estudo de Rodrigues et al. (2009) provocaram ainda mais o interesse em apreender, quais os significados que as pessoas com HAS atribuem às ações desenvolvidas pela equipe UESF em sala de espera. Apreender esses significados é importante para a equipe, principalmente para a enfermagem, pelo fato de a educação constituir eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para analisar o significado atribuído pelas pessoas com HAS às ações de educação em saúde em sala de espera, tornou-se essencial a revisão de literatura com a finalidade de buscar aspectos relevantes que permitam uma avaliação crítica, a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado e sobre as lacunas que direcionam para o desenvolvimento deste estudo.

Realizou-se o levantamento de dados no banco de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), consultado no período de abril a junho de 2016. A abrangência e a facilidade de acesso foi o que motivou a utilização do portal da CAPES.

Para essa revisão, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (DeCS), Educação em Saúde, Hipertensão e Saúde da Família e os operadores booleanos AND, com o intuito de responder a seguinte questão: O que tem sido publicado sobre ações de educação em saúde às pessoas com HAS?

Adotou-se como critérios de inclusão os artigos produzidos nos idiomas, inglês, português e espanhol, no período de 2011 a 2015. Foram excluídas as teses, as dissertações, resenhas, recursos textuais, atas de congressos e os estudos realizados com pessoas com idade inferior a 18 anos.

O recorde temporal delimitado a partir de 2011 se justifica pela publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, Brasil (2011a), o que pode ter motivado o maior interesse dos pesquisadores pela temática.

Foram encontrados 84 artigos, dos quais, 20 com os descritores Educação em Saúde AND Hipertensão e 64 com Educação em Saúde AND Saúde da Família.

Na totalidade dos artigos levantados, foram excluídos 76 estudos, sendo que, destes, 10 duplicados, 30 em que o título e o resumo não correspondiam ao tema de interesse, 29 eram estudos realizados a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e sete estudos realizados a partir da perspectiva de pessoa com comorbidades diferentes da HAS.

Do conjunto dos artigos, foram selecionados oito para esta revisão; sendo realizada a leitura e a releitura minuciosas, buscando os objetivos, os referenciais

teóricos e metodológicos, os principais resultados, as conclusões e as possíveis lacunas do conhecimento.

A partir dessa análise emergiram como foco dos artigos analisados, dois eixos: Orientações coletivas: o grupo como espaço para troca de conhecimentos e experiências e, Orientações individualizadas: espaço para processo terapêutico com o envolvimento dos familiares.

Os eixos estão apresentados a seguir, assim como as lacunas do conhecimento.

2.1 ORIENTAÇÕES COLETIVAS: O GRUPO COMO ESPAÇO PARA A TROCA DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS

Este eixo emerge da análise dos estudos em que as orientações realizadas em grupo foram apontadas como estratégias positivas para o desenvolvimento de ações de educação, um espaço relevante para proporcionar a interação entre as pessoas, a troca de saberes e de experiências.

Verificou-se que Ribeiro et al. (2011), Ribeiro et al. (2012) e Machado et al. (2016) desenvolveram ações de educação utilizando-se de oficinas educativas que incluíram palestras dialogadas e dinâmicas interativas, fazendo uso de recursos diversos como cartazes, vídeos e demonstrações práticas, sendo que tais atividades se mostraram importantes estratégias de educação em saúde e efetivas para aumentar adesão às orientações.

Ribeiro et al. (2011) constataram que as atividades que envolvem dinâmicas que privilegiam a interação entre as pessoas com HAS, são mais promissoras do que outras estratégias educativas, tendo em vista que motivam as pessoas a seguirem as recomendações no tratamento da HAS e a mudarem hábitos de vida, além de ampliar o leque de conhecimento sobre a doença.

A educação em saúde é considerada uma peça chave para a adesão da pessoa com HAS ao tratamento, tanto farmacológico quanto não farmacológico, já que promove uma aproximação com a equipe multiprofissional, o que favorece a compreensão em relação ao controle e à melhoria da qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2011).

Ulbrich et al. (2012) realizaram encontros grupais com participantes de um projeto de extensão, cujas ações foram desenvolvidas por meio de dinâmicas que suscitaram as discussões, sendo estas: bingo, jogo da memória e pega varetas. Essas estratégias foram adaptações de jogos de uso comum da população para abordar assuntos relacionados à HAS. O estudo mostrou que as atividades educativas favoreceram a troca de experiências, proporcionaram a reflexão e a possibilidade de gestão de seu tratamento, e recomendaram a utilização e a divulgação das estratégias pelos enfermeiros.

Silva et al. (2014) utilizaram as reuniões de grupo, já constituídas pela equipe da UESF, para desenvolver as ações de educação em saúde. Os autores não mencionaram as técnicas utilizadas para a implementação das ações. O grupo foi apontado como espaço relevante, tanto pelas explicações disponibilizadas pelos profissionais, quanto pela troca de conhecimentos e de experiências com os demais participantes. Ressaltaram que é na realidade sociocultural que as informações são reinterpretadas, com base no saber popular, tendo relação com suas experiências de vida e com suas percepções. Embora as pessoas vivenciem as mesmas atividades pedagógicas, as repercussões dessas ações serão efetivadas e percebidas diferentemente pelos participantes.

Nesse sentido, o estudo de Ulbrich et al. (2012) revelou que as ações de educação em saúde realizadas entre pessoas com condições crônicas possibilitaram a troca de experiências, sendo que a interação entre as pessoas dentro do grupo, permitiu a comunicação. A participação nos encontros grupais foi uma forma de conduzi-los à reflexão e, assim, permitir que estes gerenciem seus tratamentos e com o apoio dos enfermeiros, encontrem a melhor forma de cuidar da saúde.

Oliveira et al. (2013) desenvolveram atividades educativas utilizando-se de exposição dialogada, material escrito específico e compartilhamento de experiências. O estudo mostrou que a educação em saúde proposta foi eficaz no incentivo à adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS, evidenciando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

Machado et al. (2016) destacam a importância de estratégias de educação em saúde, contínua, participativa e de acordo com a realidade da população atendida. A continuidade é necessária, pois a mudança do comportamento ocorre em médio e em longo prazo, e depende de esforços individuais e do apoio dos profissionais de saúde.

Nesse aspecto, a educação em saúde tem se mostrado efetiva em auxiliar a adesão das pessoas com HAS ao tratamento, pois promove um canal de comunicação, em longo prazo, o que permite às pessoas o acesso à informação, por meio dos programas de orientação em grupo com a finalidade de maximizar o conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento. Além disso, a reunião semanal na Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) para as pessoas com HAS foi destacada como uma importante aliada na conscientização, sobretudo, em relação ao uso de fármacos anti-hipertensivos. Entretanto, metodologias tradicionais, práticas expositivas, ou seja, metodologias arcaicas que não promovem a interação e a ressignificação, são menos efetivas na consolidação do conhecimento do que as metodologias ativas e diversificadas como as construções coletivas vivenciadas pelas pessoas, cartazes, vídeos demonstrativos e oficinas de educação em saúde (RIBEIRO et al., 2011).

O aprendizado em saúde foi considerado como resultante da participação no grupo. Na visão dos participantes as palestras demonstraram uma metodologia eficaz para o processo ensino-aprendizagem. O grupo foi visualizado também como meio de convivência e de descontração, sendo as atividades lúdicas consideradas ações que motivam a participação nos encontros e o aprendizado. Por priorizar o diálogo, essas ações possibilitam partilhar ideias e experiências e, por essa razão, foram entendidas como ações privilegiadas para a construção do saber em saúde (SILVA et al., 2014).

A educação em saúde realizada nos encontros grupais representa um dos principais elos para a construção do saber em saúde, tendo em vista que possibilita o compartilhamento dos saberes científico, profissional e popular, provenientes da vivência cotidiana das pessoas e aprendidas em seu contexto sociocultural (SILVA et al., 2014).

Recente pesquisa nacional sobre as estratégias educativas voltadas às pessoas com HAS destacou a dificuldade na avaliação do impacto das intervenções educativas e, principalmente, a comparação entre as pesquisas devido a uma série de métodos de intervenção educativa (MACHADO et al., 2016).

Maia; Reis; Torres (2016) constataram que o efeito da intervenção educativa é reduzido com o passar do tempo, além de ser proporcional ao tempo de exposição. Assim, o tempo de contato com o mediador do processo ensino aprendizagem deve ser crucial ao se planejar um programa educativo.

Ribeiro et al. (2011) sugeriram que as estratégias mais específicas com conteúdos definidos e metodologias diversificadas, como as oficinas de educação em saúde, pareceram mais efetivas na consolidação do conhecimento.

As orientações desenvolvidas em grupo permitiu aos profissionais identificar a realidade das pessoas, indo além das questões clínicas da doença, conhecendo também as questões socioculturais que podem vir a influenciar de forma positiva ou negativa no processo saúde doença. Nesse sentido, as ações desenvolvidas em grupo mostraram-se importantes para o desenvolvimento de um atendimento mais integral, permitiram a troca de experiências entre os participantes e também demonstraram o quanto é importante o convívio com outras pessoas que enfrentam os mesmos problemas de saúde.

Embora os grupos educativos se caracterizem como uma ferramenta positiva na adequação de alguns comportamentos e na melhoria dos níveis pressóricos há necessidade de reavaliação dos resultados por tempo prolongado, com o objetivo de averiguar se as mudanças foram realmente introduzidas no cotidiano da pessoa com HAS (OLIVEIRA et al., 2013). Desse modo, apontaram como limitações do estudo o curto espaço de tempo de acompanhamento e o fato de este não ter sido controlado.

2.2 ORIENTAÇÕES INDIVIDUALIZADAS: ESPAÇO PARA PROCESSO TERAPÊUTICO E ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Ao levar em consideração a integralidade do cuidado, com vistas à autonomia da pessoa e à necessidade de as ações de educação de educação serem desenvolvidas de forma mais intensa na APS, com o envolvimento da equipe multiprofissional, as visitas domiciliares têm constituído importante ferramenta das equipes de APS, pois, se apresentam como momento oportuno para o desenvolvimento de orientações com foco na pessoa e com o envolvimento da família.

Nesse sentido, o desenvolvimento de orientações individualizadas no domicílio, tem um foco mais amplo, pois a pessoa está inserida em seu ambiente sociocultural onde a família, o ambiente e a comunidade, influenciam no seu

processo de desenvolvimento e de aprendizagem, o que pode auxiliar na construção de seu conhecimento.

Ribeiro et al. (2011), Taddeo et al. (2012) e Ribeiro et al. (2012) desenvolveram atividades de educação em saúde com orientações individualizadas e contaram com a participação familiar no domicílio. As orientações auxiliaram no processo de ensino aprendizagem de forma significativa, sendo a orientação e a educação em saúde elementos principais para incentivar a prática do autocuidado.

A orientação em ambiente domiciliar destacou-se como importante indutor da consciência sanitária e como fator de envolvimento dos familiares no processo terapêutico. E, ainda, permitiu direcionar a prática educativa de acordo com as dificuldades do participante e de sua família, contribuindo para a adesão ao tratamento e para a manutenção dos hábitos saudáveis (MACHADO et al., 2016).

Na perspectiva das pessoas que receberam essas ações, elas atribuíram maior importância à atenção individualizada, e a entrada no lar propiciou o estreitamento do laço e o fortalecimento do vínculo na relação entre o pesquisador, os sujeitos participantes e sua rede social. Auxiliou na minimização dos conflitos gerados pelas mudanças dietéticas, o que pode ter contribuído para o comprometimento com essas mudanças (RIBEIRO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012).

A família tem sido compreendida como importante rede de apoio que pode tanto facilitar quanto dificultar o seguimento do tratamento da HAS, sendo por isso alvo essencial das ações de educação em saúde.

Sob essa perspectiva, Ribeiro et al. (2012) concluíram que, dentre as dificuldades em alcançar o controle da pressão arterial, estão as preocupações, as ansiedades, os conflitos cotidianos e os problemas que envolvem o contexto familiar.

Por outro lado, agregar os familiares às atividades de educação em saúde também se mostrou importante para a criação de vínculos e para facilitação das mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e para o aumento da adesão da pessoa com HAS ao tratamento (RIBEIRO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012).

Nesse contexto, Ribeiro et al. (2011) apontaram a necessidade de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar a fim de cumprir a missão de cuidar de uma pessoa que apresenta uma demanda extremamente complexa que envolve o tratamento da HAS. Os autores apresentaram essa questão como lacuna do conhecimento e sugerem a necessidade de explorá-la no âmbito da APS.

Outras lacunas são apontadas por Ulbrich et al. (2012) em relação à distância entre o conhecimento obtido nas atividades de educação em saúde e a atitude da pessoa com HAS em realmente assumir o tratamento, ou seja, as pessoas conhecem o que é a doença, o seu tratamento, os fatores de risco e as possíveis complicações, mas, muitas vezes, não conseguem uma mudança efetiva em seus hábitos de vida.

Machado et al. (2016) salientam o desafio em desenvolver ações de educação em saúde capazes de intervir sobre a problemática da adesão ao tratamento da HAS. Reforçam a necessidade de divulgação de várias experiências locais, porque permite o aprofundamento acerca da discussão sobre as potencialidades e sobre as limitações das intervenções educativas no cenário da APS.

Oliveira et al. (2013) enfatizaram a necessidade de estudos que demonstrem as melhores medidas de intervenção, com a meta de se alcançar um maior comprometimento das pessoas com HAS ao tratamento e assim, obter resultados mais eficazes nas ações educativas promovidas.

Evidencia-se que as experiências educativas voltadas às pessoas com HAS no Brasil ainda são, em grande parte, restritas às prescrições normativas, sendo escassas as abordagens de educação em saúde sob a ótica da promoção da saúde, com uma perspectiva emancipatória dos sujeitos. Há a necessidade de o processo de educação em saúde transpor medidas meramente prescritivas e normativas (RIBEIRO et al., 2011).

Embora os estudos tenham apresentado como foco as potencialidades das ações de educação em saúde, desenvolvidas coletivamente ou individualizadas, os autores, em sua maioria, não explicitaram os referenciais pedagógicos que fundamentaram as ações, o planejamento e a metodologia sistematizada, bem como a avaliação dessas ações para o conhecimento de intervenções mais exitosas.

Nossa interpretação coaduna com as recomendações de Oliveira et al. (2013) ao ressaltarem a necessidade de ações educativas realizadas a partir de planejamento adequado e de uma metodologia sistematizada.

A fim de preencher essas lacunas, este estudo foi desenvolvido a partir das ações de educação em saúde em sala de espera, construída coletivamente, por uma equipe de trabalhadores em saúde, por meio da linguagem e dos recursos didáticos, com planejamento e com metodologia sistematizada, fundamentada em referencial

teórico, visando à melhoria da educação e da adesão da pessoa com HAS ao tratamento. Ainda, cabe ressaltar que a metodologia adotada nas ações em sala de espera privilegiou a dialogicidade, a interação e a troca de saberes e foi desenvolvida a partir de diferentes técnicas. Esses princípios estão em consonância com os conceitos Histórico-Cultural, motivo pela opção deste referencial para este estudo.

3 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo analisar os significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

4.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E OS DESAFIOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a maior causa de morbimortalidade em todo o mundo e sua causa é complexa, compreendendo a inserção de diversos fatores como, determinantes e condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (MALTA et al., 2015).

Dentre as DCNT, está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de outras comorbidades e, responsável por 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral e 25% por doença coronariana (MOURA et al. , 2011). Atinge 32,5% de pessoas adultas e mais de 60% dos idosos (BRASIL, 2014).

A HAS é definida por uma condição clínica multifatorial caracterizada por “elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Se associa a distúrbios metabólicos, a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco” (MALACHIAS et al., 2016, p. 20).

Pela sua natureza crônica e não curável, seu controle envolve mudanças no estilo de vida e, quando necessário, o uso de medicamentos. As mudanças no estilo de vida são fundamentais para o controle da HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso (OLIVEIRA et al. , 2013; MEIRELES et al., 2013).

Embora a literatura tenha enfatizado que a adesão ao tratamento é fundamental para o controle da doença e a minimização de suas complicações, as pessoas com HAS têm demonstrado dificuldades para esta adesão (WAIDMAN et al., 2012). Essas dificuldades estão relacionadas ao fato de a adesão ser considerada um processo multifatorial, uma vez que parte do reconhecimento, da aceitação e da adaptação à condição de saúde, bem como a identificação dos fatores de risco e ao desenvolvimento do autocuidado com vistas à melhoria ao estilo de vida (SCHMIDT et al. , 2011).

Para tanto, é necessário o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional principalmente, na Atenção Primária de Saúde (APS), com ações de educação em saúde que possibilitem à pessoa com HAS ser mais proativa para decidir com autonomia o próprio tratamento (MEIRELES et al., 2013).

Esse modelo de assistência se coloca em um plano desafiador para o profissional da APS, porque se exige conhecer a realidade onde trabalha, refletir sobre a sua prática de atuação, Waidman et al. (2012), conhecer o contexto de vida das pessoas, que buscam pelo atendimento, para implementar ações de educação em saúde que atendam às suas necessidades e expectativas.

4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIALÓGICA NA PRÁTICA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A APS no Brasil constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação para toda a Rede de Atenção à Saúde. Portanto, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Na APS, as ações são desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, com vistas à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, às atividades de educação em saúde visando à melhoria de saúde da população para o desenvolvimento de uma atenção integral com repercussão e autonomia, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das pessoas (MENDES, 2012; BRASIL, 2016).

A equipe da estratégia de saúde da família tem em seu cenário de atuação, espaços privilegiados para a efetivação das ações de educação em saúde, uma vez que esta está em constante interação com os processos de viver da comunidade, com as necessidades de saúde das pessoas, projetando, dessa forma, possibilidades para transformações significativas na qualidade de vida (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, o qual trata de processos que abrangem a participação de toda a

população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas de pessoas com risco de adoecer (MACHADO et al., 2007).

A educação em saúde, nesse contexto, é caracterizada pelo processo de construção e de reconstrução do conhecimento, com as ações que auxiliem na cidadania, na autonomia do cuidado de pessoas, de grupos e de comunidades, bem como no exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

As ações desenvolvidas, nessa perspectiva, buscam romper com as práticas educativas tradicionais como, por exemplo, as palestras e os grupos de patologias e procuram valorizar o saber popular, o estímulo e o respeito à autonomia do indivíduo no cuidado de sua própria saúde e o incentivo à sua participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário.

Para tanto, têm sido utilizados processos e técnicas pedagógicas para a socialização de conhecimentos e formação de sujeitos, com o compartilhamento de saberes em saúde, tendo por primícias as relações humanas. Além disso, a educação possui enfoque político, quando utilizada como canal de exercício da cidadania e de controle social nos serviços de saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; FREIRE, 2007).

Os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para a construção do saber em saúde, pelo fato de favorecer o compartilhamento dos saberes científico na complementariedade ao saber popular, o qual é adquirido pela vivência diária e apreendido no contexto sociocultural (SILVA et al. 2014; PEREIRA et al. 2014); estimula a adoção voluntária de mudanças de comportamento, melhora a aceitação da doença, a redução de retornos e consultas, a redução dos riscos e a prevenção de complicações (SARRA et al., 2013).

Seguindo essa ideologia, torna-se fundamental adotar concepções pedagógicas mais apropriadas que possam ser utilizadas no contexto dos serviços de saúde pública, viabilizando os objetivos de educação a serem atingidos.

4.3 ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL DE VIGOTSKI

A concepção pedagógica Histórico-Cultural de Vigotski pode ser compreendida como uma abordagem de educação problematizadora que

proporciona à pessoa uma compreensão ampla dos contextos nos quais o problema se insere, mobilizando-a para se perceber como parte integrante desse conjunto complexo que é a sociedade (OLIVEIRA; LEITE, 2011; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

É por meio da educação que se dá a transmissão e a assimilação da cultura produzida historicamente. Entretanto, só uma educação que vá além de sua função de transmissão das aquisições culturais humanas e transmissão de conhecimentos, poderá realmente formar cidadão com capacidade para se apropriar do saber produzido historicamente e construir sua própria humanidade histórico-social. Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) afirmaram que os processos educativos fundamentados nos princípios de uma pedagogia crítica, transformadora e abrangente contribuem para o modelo de assistência que se preconiza para a UESF.

Em consonância com esses pressupostos, adotou-se os conceitos Histórico-Cultural de Vigotski (2007), ainda pouco explorados na área de saúde, como base para a sustentação deste estudo, para analisar o significado das ações de educação em saúde desenvolvidas por uma equipe de UESF, como ação dialógica, produzida entre sujeitos e transformadora para a ressignificação do cuidado.

O referencial de Vigotski traz conceitos importantes como funções psicológicas superiores, mediação, relação entre pensamento e linguagem e entre aprendizado e desenvolvimento, fala e internalização dos signos e significados, alguns destes conceitos serão abordados no transcorrer deste texto. Diferentemente dos demais teóricos da educação, Vigotski coloca no centro do processo de ensino-aprendizagem os contextos político, econômico, social e cultural nos quais ocorre a ação educativa (OLIVEIRA; LEITE, 2011; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Nesse entendimento, a maioria do conhecimento, das habilidades e dos procedimentos do comportamento do homem são adquiridos pela assimilação de experiência histórica e social do grupo ao qual pertence. Sob essa ótica, a interação torna-se fundamental, porque o aprendizado se produz pelo constante diálogo mantido com o outro, uma vez que, para formar ações mentais tem-se que partir das trocas com o mundo externo (ANDRADE; PALAFOX, 2006).

Funções psicológicas superiores são mecanismos psicológicos complexos, próprios dos seres humanos, como a atenção voluntária, a memória lógica, as ações

conscientes, o comportamento intencional e o pensamento abstrato. Elas decorrem do processo de desenvolvimento de forma dialética, são de origem sociocultural em que, a relação do homem com o mundo é mediada por sistemas simbólico. São considerados superiores por se distinguem dos processos psicológicos elementares, como as ações reflexas. Constata-se, assim, a importância que Vigotski atribui ao Outro no processo de aprendizado (OLIVEIRA, 2010).

A partir dessas considerações é importante entender que o desenvolvimento do pensamento não vai no sentido do pensamento individual para o socializado, mas do pensamento socializado para o individual. Essa constatação levou Vigotski a compreender que o pensamento não é formado com autonomia e independência, mas sob a mediação dos signos e dos instrumentos culturais que se apresentam histórica e socialmente (VIGOTSKI, 2007).

O conceito de mediação é compreendido como, “o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação; a relação deixa, então, de ser direta e passa a ser mediada por esse elemento” (OLIVEIRA, 2002, p. 26). A essa mediação, Vigotski denominou de sociointeracionismo, porque a ação se dá numa interação histórico-cultural entre sujeitos. A mediação cria as possibilidades de reelaboração da realidade, a qual está estabelecida, segundo o próprio Vigotski, como um elo em que o signo, a atividade e a consciência interagem socialmente (ZANOLLA, 2012). A partir desta compreensão,

[...] O processo de mediação, por meio de instrumentos e signos, é fundamental para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, distinguindo o homem dos outros animais. A mediação é um processo essencial para tornar possível atividades psicológicas voluntárias, intencionais, controladas pelo próprio indivíduo (OLIVEIRA, 2002, p. 33).

O instrumento e os signos são elementos mediadores que constituem os sistemas simbólicos. Os signos correspondem a instrumentos da atividade psicológica da relação da pessoa com o mundo, são elementos mediadores do plano interno (VIGOTSKI, 2007). A linguagem escrita representa um signo, que desempenha importante papel de mediação na internalização das funções mentais superiores. Os instrumentos correspondem a um objeto social e mediador da relação entre o indivíduo e o mundo, são, portanto, mediadores do plano externo (OLIVEIRA, 2010).

Assim, a função dos instrumentos é modificar e controlar os processos da natureza e os signos têm a função de controlar as ações psicológicas, ampliando a capacidade de atenção, de memória, de acúmulo de informações e que, no decorrer do processo de desenvolvimento, a pessoa deixa de necessitar dos signos externos e passa a utilizar representações mentais que substituem os objetos do mundo real (OLIVEIRA, 2010).

A linguagem é considerada o sistema simbólico básico utilizado por todos os seres humanos. Foi por meio dela que o homem deu um dos grandes saltos evolutivos em relação aos outros animais, porque este lhe possibilitou verbalizar seus pensamentos (VIGOTSKI, 2007).

Por meio da linguagem, há o desenvolvimento do pensamento do ser humano, que inclui os instrumentos linguísticos e a experiência acumulada socioculturalmente a qual passa da dimensão biológica para a histórico-cultural (CAMARGO, 2014).

O aprendizado para Vigotski é um processo profundamente social, ao enfatizar o diálogo e as diversas funções da linguagem na instrução e no desenvolvimento cognitivo mediado (FAVA et al., 2011).

Thofehn e Leopardi (2006) reiteram que o conhecimento se constrói com participação e com a colaboração do Outro, isto é, no social, tendo como meios de intercâmbio e estímulo a aquisição deste conhecimento, a ênfase na discussão em grupo e no poder de argumentação.

O pensamento e a linguagem inter-relacionam-se, sendo no significado que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal (CAMARGO, 2014).

O significado é parte constituinte da palavra, mas também é um ato de pensamento. São construídos no decorrer da história humana, com base nas relações estabelecidas entre as pessoas com o mundo físico e social. Os significados estão em constante transformação e proporcionam a mediação simbólica entre as pessoas e o mundo real. Vigotski define dois significados da palavra: o significante que é o elemento concreto, perceptível e material do signo, que se formou no desenvolvimento da palavra compartilhado por todas as pessoas que a utilizam, e o sentido, que se refere ao significado da palavra para a pessoa, que é influenciado pelo grupo social e pelo contexto em que esta está inserida (OLIVEIRA, 2010).

Ao destacar a importância do intercâmbio social no fornecimento da base para o desenvolvimento psicológico das pessoas e, ao discorrer que o desenvolvimento ocorre a partir de uma fase que já foi atingida e está consolidada, Vigotski estabeleceu os níveis de desenvolvimento real que corresponde ao ponto de desenvolvimento atingido; o potencial em que a pessoa é capaz de fazer mediante a ajuda de outra pessoa e, entre o desenvolvimento real e o potencial tem-se a zona de desenvolvimento proximal (ZDP), a qual define aquelas funções que está em processo de maturação, fato que deve ser considerado no processo ensino aprendizagem (OLIVEIRA, 2010).

A partir dos conceitos de Vigotski, conclui-se que a dimensão cultural deve ser considerada como condicionante fundamental na internalização consciente. Portanto, é fundamental levar em consideração a dimensão sociocultural no ensino, na aprendizagem e no desenvolvimento humano (MARTINS; MOSER, 2012).

A educação, a partir dessa concepção, deve ser entendida como problematizadora. A relação entre as pessoas deve ser igualitária e democrática e deve proporcionar à pessoa ampla compreensão dos contextos nos quais o problema se insere (OLIVEIRA; LEITE, 2011).

Transpondo esses conhecimentos para a educação em saúde, principalmente com relação às condições crônicas, podemos reconhecer a importância da interação no planejamento das ações para o desenvolvimento da cognição. A interação e a convivência mediada pela linguagem possibilitam as pessoas construir seu sistema de signos, aqui representado pela interpretação e pela apropriação das orientações de saúde que exteriorizam pelo modo como as pessoas se cuidam e pelas mudanças de comportamento. Essa atividade simbólica é que organiza e que produz novos comportamentos.

A fim de que haja a internalização dos cuidados, capaz de ser incorporado em um novo sistema com suas próprias leis, se requer o estabelecimento de uma relação contínua (THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

Pode-se afirmar o papel importante do enfermeiro como educador e transformador, pois, ao compartilhar com a pessoa e com sua família os objetivos e metas a serem alcançados ele propicia a apropriação de signos, a internalização e as possíveis mudanças de comportamento. Esse processo de corresponsabilidade e de reciprocidade possibilita outra dimensão não só no ato de ensinar e aprender,

mas na relação com o outro e com o ambiente, deixando de ser unilateral para tornar-se interativo e relacional (NEGRI, 2004).

Frente a essa premissa, com vistas a mudanças de comportamento, e conseqüentemente à adesão ao tratamento, é preciso, nas ações de educação em saúde, trabalhar tanto as dimensões cognitivas como as subjetivas (FAVA et al., 2011).

Com isso, a educação assegura às pessoas adoecidas, o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, para manter e para recuperar sua saúde (SILVA et al. , 2014).

Em consonância com o exercício da enfermagem, essa teoria mostra-se adequada à produção de conhecimento e ao processo de trabalho, visto que para o cuidar do outro com foco na assistência integral, deve ser levadas em consideração as dimensões objetivas e subjetivas das relações humanas (FAVA et al., 2011; THOFEHRN; LEOPARDI, 2006).

4.4 SALA DE ESPERA: ESPAÇO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A sala de espera, como o próprio significado da palavra, ação de esperar; tempo durante o qual se espera; demora pelo atendimento, tem sido considerada um espaço com grande potencial para as ações de educação em saúde (RODRIGUES et al., 2009).

Para compreender a sala de espera como uma estratégia de educação em saúde deve-se definir primeiramente esse cenário como um ambiente dinâmico com grande mobilização de pessoas que aguardam por atendimento em saúde. Nesse espaço, as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e se expressam, e isso só ocorre por meio de um processo interativo da comunicação (ACIOLI, 2008; TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Constitui, ainda, um local em que as pessoas aguardam muitas vezes por períodos prolongados para serem assistidas e esta espera pode desencadear sentimentos de ansiedade, de medo, de tristeza e de angústia. A utilização da sala de espera como espaço para metodologias assistenciais pode contribuir para

minimizar tais sentimentos e, em concomitância, promover a educação em saúde (FRIZON et al., 2011; TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Tal cenário tem sido utilizado para a implementação das ações em saúde, porque possibilita desenvolver habilidades como o ouvir, o observar, o perceber, o refletir e o agir, de maneira a respeitar o querer, os valores e os hábitos da pessoa, constituindo um momento de troca de saberes (MILANI; GERMANI, 2012).

Ao atuar em sala de espera, os profissionais serão multiplicadores de saberes, amenizando dúvidas, ansiedades, frustrações, medos, angústias, assim como, ouvindo as expectativas de futuro frente à condição do processo saúde-doença. Constitui ainda, momento ímpar para orientar os familiares, favorecer momentos para a reflexão e para a problematização na construção de relações humanas efetivas no cuidado em saúde (FIGHERA et al. , 2012).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente investigação trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo analítico, que se baseia em dados que não podem ser quantificados, pois se referem a significações, valores, aspirações e crenças (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, p.23).

5.2 CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo foi realizado em uma UESF de um município do Sul do Estado de Minas Gerais, situado na Bacia Hidrográfica do entorno do Lago de Furnas com 73.774 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2010).

A UESF, contexto de investigação, é constituída por sete microáreas adstritas, totalizando população de 2599 pessoas, sendo 512 pessoas cadastradas com HAS.

A equipe multiprofissional desta UESF é composta por 12 pessoas: um médico; um enfermeiro; sete agentes de saúde; um técnico em enfermagem; um dentista; um auxiliar de dentista.

A entrada no trabalho de campo teve início no primeiro semestre de 2015, quando foi me permitido participar ativamente da construção coletiva do planejamento estratégico e da avaliação das ações em saúde desenvolvidas pela equipe da UESF, a partir de um projeto de intervenção desenvolvido por pesquisadora em estágio pós-doutoral. Tal projeto foi fundamentado no referencial teórico de Campos, Faria e Santos (2010), conforme a sequência de passos:

definição dos problemas; priorização dos problemas; descrição dos problemas selecionados; explicação do problema e seleção dos “nós críticos”; desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo e gestão do plano.

Como primeira etapa desse planejamento, foi realizado o grupo focal com a equipe, para a definição e para a priorização dos problemas. Levantaram como prioridade a HAS, pelo fato de a maioria dos atendimentos estarem relacionados a esta condição crônica. Essa priorização encontra similitude com os resultados do estudo de Silva et al. (2015) com a população adstrita.

Na sequência, foram realizados no decorrer de seis meses, grupos operativos, o que permitiu a elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e a priorização dos problemas.

Os resultados apontaram para a necessidade de intervenções para a adoção de hábitos saudáveis entre pessoas com HAS, condição crônica mais problemática e de maior prevalência. Para o alcance desse objetivo, foram criados dois projetos: o grupo de atividade física e a sala de espera, denominada bate-papo saudável. Ainda, os resultados permitiram à equipe rever o processo de trabalho, o que possibilitou alterar o agendamento das consultas, propiciando o encontro do maior número de pessoas com HAS na sala de espera.

A sala de espera da UESF em estudo constitui um espaço localizado junto à recepção e dispõe de cadeiras para acomodar quinze pessoas. Embora o processo de trabalho da UESF preveja a agenda programada, as pessoas chegam cedo, no início do expediente da unidade. Elas fazem a ficha para o atendimento, são encaminhadas à sala de triagem para aferição de pressão arterial e peso e retornam à sala de espera para a consulta com os profissionais de saúde. O tempo de espera em média é de 30 minutos. Durante esse tempo, algumas pessoas conversam, trocam experiências, enquanto outras aguardam em silêncio (Diário de campo, 05/09/2015).

A equipe, a partir do interesse das pessoas atendidas, traçou o cronograma com a inserção de temas prioritários referentes à promoção à saúde para estimular maior interação entre equipe e comunidade, possibilitando que práticas saudáveis pudessem ser assimiladas pelas pessoas. A equipe foi orientada pela pesquisadora de que as ações de educação em saúde deveriam ser capazes de possibilitar às pessoas expressarem seu saber, permitir a troca de vivências de forma que as

peças se sentissem partícipes do processo, numa tentativa de construir ações de educação em saúde com e não para, e ainda, foi sugerida pela equipe a alteração do agendamento de consultas, de forma a reunir o maior número de pessoas com HAS no mesmo dia. Para atender às necessidades do gênero, foi sugerido o agendamento de um dia apenas para as mulheres. Por essa razão, o processo de produção da sala de espera foi desenvolvido em duas etapas: o planejamento e a implantação.

Para o planejamento das ações, a partir dos temas previamente selecionados, foram atribuídas as responsabilidades aos membros da equipe. Ressalta-se que a responsabilidade referente a cada ação na sala de espera ficou a cargo de um profissional de nível superior e de um agente comunitário de saúde.

Os temas e os recursos didáticos foram planejados da seguinte forma:

- **Nutricionista: alimentação saudável.** A ação foi desenvolvida por meio do recurso didático da pirâmide alimentar, confeccionada em isopor e com figuras de alimentos. A nutricionista apresentou o tema do dia e solicitou a cada pessoa a apresentação do alimento de que mais gosta. As preferências alimentares foram as mais diversas possíveis e muitas pessoas não se limitavam a apresentar o alimento, mais também a sua frequência de consumo. Na sequência, ela solicitou para cada uma afixar a figura na pirâmide. A partir da construção coletiva da pirâmide, ela fez sugestões para uma prática de alimentação saudável e aconselhou a redução de alguns alimentos na prática alimentar cotidiana.
- **Dentista: combate ao tabagismo:** A atividade foi desenvolvida por meio de cartaz e de vídeos com informações sobre os males do hábito de fumar e os benefícios advindos da sua cessação. Como questão disparadora ela questionava: Quem é fumante? Todos que ali estavam, coincidentemente, referiram não ser fumante, havia ex-fumantes. Alguns mencionaram que membro da família fazia uso de cigarro, o que logo foi compartilhado por todos. O vídeo proposto faz parte do programa de educação em saúde para o combate ao tabagismo do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Câncer. O vídeo tem duração de 32 segundos e traz alerta sobre os males do cigarro. O tema despertou interesse nos participantes, o que motivou a sugerir o retorno do grupo de apoio para as pessoas que desejam abandonar o hábito de fumar.

- Médico: melhor convivência com HAS: Pelo fato de o médico se dispor a sentar-se na sala de espera com as pessoas que aguardavam pelo atendimento, gerou estranhamento, ainda mais quando mencionou que gostaria de conversar um pouco sobre a importância dos hábitos saudáveis. Ele iniciou a conversa sobre a importância do controle da pressão arterial, a necessidade do uso dos medicamentos, os hábitos saudáveis de vida, as possíveis complicações quando pressão não está controlada e abriu espaço para as pessoas expressarem seus conhecimentos e suas dúvidas em relação à HAS. Essa ação propiciou maior aproximação, horizontalidade e dialogicidade, com reflexos positivos inclusive na consulta médica.
- Enfermeira: Para esse dia, realizou-se a reorganização da agenda da demanda programada, de forma que o atendimento fosse priorizado às mulheres, para abordagem do tema autoexame de mama e exame preventivo: diagnóstico precoce do câncer de mama e câncer de colo de útero. Essa ação ficou sob a responsabilidade da enfermeira e de uma agente comunitária de saúde. Foram entregues aos participantes peças anatômicas da mama com e sem nódulos e do útero, para reconhecer e até mesmo para conhecer o sistema reprodutor feminino. Foi demonstrado, a partir das peças, como é realizado o exame preventivo e sua importância para a prevenção do câncer. A ação possibilitou às mulheres expressarem suas dúvidas e receios em relação ao exame e compartilhar experiências entre si.
- Nutricionista: alimentação saudável e o diabetes mellitus. De acordo com os dados da UESF, constatou-se que a HAS está frequentemente associada ao Diabetes mellitus, razão pelo qual o tema foi priorizado e, principalmente porque a alimentação constitui a base do tratamento. A ação foi realizada pela nutricionista e pela agente comunitária de saúde, por meio de bate papo para levantar o conhecimento das pessoas sobre os hábitos alimentares e sobre a influência dos alimentos no controle do Diabetes. Percebeu-se que há muitas crenças em relação alimentos e Diabetes. Foi elaborado o cartaz com informações sobre os alimentos saudáveis e as orientações foram materializadas em panfletos ilustrados, elaborado pela nutricionista com linguagem simples que foram distribuídos aos participantes.
- Fisioterapeuta: A ação educativa realizada pelo fisioterapeuta e por agente comunitário de saúde priorizou a atividade física no controle da hipertensão

arterial sistêmica. A ação foi realizada em roda para conversar sobre as atividades físicas desenvolvidas no cotidiano e seus benefícios. Ainda, por mais que se tenha estimulado essa prática, culturalmente ainda não faz parte da vida de muitas pessoas. Foram apresentadas sugestões de exercícios que podem ser realizados e a sua importância na redução da pressão arterial. Os participantes sugeriram a criação de grupos de atividade física em locais mais próximos da UESF, em decorrência das barreiras geográficas do bairro, o que certamente facilitaria a mobilização de mais pessoas. A sugestão foi encaminhada à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a análise da viabilidade da proposta.

As ações de educação em saúde, desenvolvidas na sala de espera, utilizando metodologias ativas, teve por objetivo criar um espaço para trocar experiências, dar oportunidade de participação, discussão, de fazer questionamentos, favorecer a horizontalidade das relações, democratizar saberes e de propiciar a busca pela melhoria do estilo de vida.

5.3 GRUPO SOCIAL PESQUISADO

Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência e o grupo social foi formado por 19 pessoas, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade de 18 anos ou mais com diagnóstico de HAS; cadastradas na UESF; que possuíam prontuário e que participaram de atividades de educação em saúde em sala de espera.

O levantamento dos possíveis participantes para este estudo foi realizado a partir da lista de presença obtida nas ações desenvolvidas na sala de espera e comparado ao prontuário para a confirmação do diagnóstico de HAS.

Foi excluído do estudo o acompanhante que não estava cadastrado e não possuía prontuário na UESF.

5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento elaborado pela pesquisadora, constituído por duas partes (APÊNDICE A).

A primeira parte foi composta por questões que abordaram as seguintes variáveis: idade; sexo; renda familiar; estado civil; escolaridade e crença religiosa, o que permitiu realizar a caracterização sociodemográfica.

A segunda parte teve por objetivo apreender os significados atribuídos pelas pessoas com HAS às ações de educação em saúde em sala de espera, a partir das seguintes questões norteadoras: Você tem frequentado a unidade de saúde? Você vai com frequência? Por que você tem procurado a unidade de saúde? O que o senhor (a) tem achado do atendimento da unidade? Há demora para ser atendido (a)? O que você faz enquanto aguarda pelo atendimento? Enquanto aguardava pelo atendimento, você lembra de os funcionários terem ido conversar com você na sala de espera? Sobre o que eles falaram? Como foi para você neste dia? Como foi feito? Dê um exemplo, se foi bom. O que você sentiu neste dia, na sala de espera? O senhor (a) achou que foi diferente? Em que sentido? E quanto à pressão alta teve alguma orientação?

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no domicílio dos participantes, após agendamento prévio, no decorrer dos meses de setembro de 2015 a abril de 2016.

A técnica empregada para a obtenção dos dados foi a entrevista semiestruturada. Na entrevista semiestruturada, o instrumento utilizado pelo entrevistador é um roteiro prévio, flexível, que pode ser alterado no decorrer da ação, dando possibilidade ao entrevistador de fazer outras perguntas, dependendo das respostas anteriores da pessoa (CASTRO, 2010).

Foram realizadas em média duas entrevistas por participante, com duração média de 30 minutos cada, registradas por meio de gravador digital. Após a edição, estas foram ouvidas pela pesquisadora e pela pesquisadora de pós-doutorado, tendo como apoio as anotações do diário de campo. As falas foram transcritas imediatamente após a coleta, em editor de texto, do Programa Word da Microsoft (2010) e realizadas as correções como preconiza a língua portuguesa. Cabe ressaltar que a pesquisadora não conhecia os participantes, tendo em vista que as

ações de educação em saúde em sala de espera foram realizadas pelos trabalhadores em saúde.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização dos dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2009).

De acordo com a referida autora, a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, seja ela por meio das falas ou de textos. Compreende a análise de conteúdo: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações.

Para uma aplicabilidade coerente do método, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009, p.121).

A pré-análise, primeira fase dessa organização, objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Assim, num plano inicial, a missão dessa primeira fase é, além da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, também a formulação de pressupostos para a elaboração de indicadores para a interpretação final.

Trata-se da organização dos dados por meio de quatro etapas, a saber: 1.leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; 2. escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; 3.formulação das hipóteses e dos objetivos; 4.determinação de indicadores, por meio de recortes de texto, nos documentos de análise (BARDIN, 2009).

A segunda fase consiste na exploração do material com a definição de categorias e com a identificação das unidades de registro, que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização. Após a codificação, segue-se para a categorização, a qual consiste na classificação

de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e por referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nessa fase.

A terceira e a quarta fases dizem respeito ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação. Essa etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Após a coleta, os dados das entrevistas e dos registros de diário de campo foram transcritos e produzido o texto. A seguir, procedeu-se à pré-análise, a partir da leitura do texto, o que permitiu marcar palavras e frases que faziam sentido aos conceitos de Vigotski: linguagem, mediação, interação, instrumentos, aprendizado e significado. Realizou-se então, o desmembramento do texto e identificadas as unidades de registro. A seguir, as unidades de registro foram agrupadas de acordo com a sua similitude, foram codificadas, o que permitiu a construção dos subtemas: comunicação, interação, recursos materiais, conhecimento. Os subtemas foram lidos, analisados, agrupados e construídos os temas de forma dedutiva, a partir dos conceitos da Teoria Histórico-Cultural: a interação em sala de espera: espaço para reelaboração de significados; relação mediada: uso da linguagem e instrumentos e, aprendizado: o potencial das ações de educação em saúde em sala de espera.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa intitulado: Planejamento estratégico e o papel da equipe da unidade de estratégia de saúde da família na promoção da saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica, aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas sob o parecer 975769. Foram obedecidos os princípios éticos, conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS / MS (BRASIL, 2013). Aos participantes da pesquisa, foi solicitada a concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase. Foram atribuídos nomes fictícios, à escolha do pesquisador, para manter em sigilo a identidade dos participantes.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica do grupo estudado, constatou-se que a maioria das pessoas era do sexo feminino (73%), na faixa etária compreendida entre 40 e 80 anos, sendo a média de idade de 62 anos, com grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto (74%); casados (42%), seguido pelos solteiros (26%); renda familiar autorreferida entre um e três salários mínimos (94%) (considerado o salário mínimo de R\$ 788,00); crença religiosa católica (84%).

Quanto aos dados clínicos, o tempo médio de diagnóstico de HAS foi de nove anos, sendo o mínimo de um e máximo de 35 anos, tratamento exclusivamente farmacológico (84%), seguido pelo tratamento não farmacológico e dietético (16%). Cabe ressaltar, a partir desse dado, a relevância das ações de educação em saúde desenvolvidas em sala de espera com prioridade para as mudanças de hábitos de vida, tendo em vista que ainda tal comportamento não tem sido significativo e, conseqüentemente, não tem sido internalizado pelas pessoas com HAS.

A análise dos dados, a partir dos conceitos da Teoria Histórico-Cultural, possibilitou a construção de três temas intitulados: A interação em sala de espera: espaço para reelaboração de significados; Relação mediada: uso da linguagem e instrumentos e Aprendizado: o potencial das ações de educação em saúde em sala de espera, que serão apresentados a seguir:

6.1 A INTERAÇÃO EM SALA DE ESPERA: ESPAÇO PARA A REELABORAÇÃO DE SIGNIFICADOS

O ser humano, para aprender e se desenvolver, cria mecanismos para se relacionar com o mundo, por meio de processos de interação e de mediação, tendo a linguagem papel fundamental neste processo.

A linguagem fornece os conceitos e as formas de organização do real que constituem a mediação entre a pessoa e o objeto de conhecimento (GÓES; CRUZ, 2006; OLIVEIRA, 2010); e por meio da linguagem, o homem constrói significados que lhe possibilitam atribuir sentidos às coisas e ao mundo (VIGOTSKI, 2001).

Vigotski (2001) define significado como um traço constitutivo indispensável da palavra, ou seja, é a própria palavra visualizada no seu aspecto interior. Ele explica o significado de uma palavra como:

Um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem, que fica difícil dizer se trata de um fenômeno da fala ou de um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado, portanto, é um critério da palavra, seu componente indispensável (VIGOTSKI, 1989, p. 104).

Então, “o significado da palavra é, ao mesmo tempo, um fenômeno verbal e intelectual, é um fenômeno do pensamento” (VIGOTSKI, 1996, p. 289).

Já o signo, é um instrumento que auxilia os processos psicológicos da própria pessoa e controla as ações psicológicas, a exemplo, ‘palavra’ é um signo que representa a linguagem verbal (OLIVEIRA, 2010).

A partir dessa compreensão, os significados atribuídos pelo grupo social às ações de educação em saúde em sala de espera propiciaram a configuração de um espaço de interação que favoreceu a atenção, o interesse, a orientação, o aprendizado e o prazer, como se pode constatar nas falas abaixo.

[...] Ela perguntou para mim, o que eu mais gostava, aí eu falei, o que eu mais gosto, é de churrasco, eu como churrasco quinta, sexta, sábado e domingo, mas só que eu falei para turma, aqui está a solução do churrasco, o meu colesterol está 520, aí foi a brincadeira, eu brinquei com eles [...]. (José)

[...] Eu senti, que foi uma atenção muito grande, porque nunca, aconteceu em outros lugares [...] geralmente os médicos chegam nem olham em ninguém, já vai entrando, já vai despachando em um minuto, e ele foi atencioso na hora que eu fui consultar também, teve muitas perguntas, não teve pressa, porque é importante isso, a gente sentir que ele não está com aquela pressa, que conversou com a gente, que está com a gente, ainda mais que foi a minha primeira consulta com ele, era o doutor... antes, aí ele foi a primeira vez, ele fez mais perguntas sobre a família, ele queria saber tudo. Porque o médico é novo agora, o doutor, aí ele veio primeiro fez uma reunião com todo mundo e falou sobre a hipertensão, ele falou tudo, eu vou falar com todas que vão consultar agora, e deu uma palestra, eu gostei, ele foi muito atencioso [...]. (Laura)

Percebe-se que os participantes se sentiram valorizados e respeitados pelo fato de os trabalhadores em saúde dedicarem tempo, atenção e a escuta, o que demonstra a importância do Outro na apropriação da significação. E, ainda,

demonstraram por meio de suas ações a sensibilidade e a afetividade. Apreende-se que a emocionalidade que permeou esses momentos de interação favoreceu aos participantes a construção de significados.

Para tanto, é fundamental que nas ações de educação o profissional de saúde tenha o cuidado de olhar nos olhos das pessoas, deve optar por uma linguagem simples, demonstrando interesse e empatia, que são elementos motivadores para que o grupo participe e para que ocorra a interação dialógica, momento que promove o compartilhamento de saberes (MILANI; GERMANI, 2012).

Os resultados obtidos neste estudo apresentam similitude com as conclusões de Silva et al. (2014) e de Pereira et al. (2014) ao mencionarem que os grupos de educação em saúde representam um dos principais meios para construção do saber em saúde, pelo fato de favorecer o compartilhamento dos saberes científico e popular, por propiciar a relação dialógica e a valorização das singularidades.

Sarra et al. (2013) reiteram que essas ações têm estimulado a adoção voluntária de mudanças de comportamento, têm melhorado a aceitação da doença, a redução de retornos e de consultas, a redução dos riscos e a prevenção de complicações.

Cabe ressaltar que a realidade vivenciada pelos participantes não é muito comum no cotidiano do processo de trabalho em saúde, porque culturalmente, ainda, há carência por profissionais, principalmente de médicos, que dispense atenção e criem possibilidades para facilitar a interação, diminuindo assim, o distanciamento da relação médico-paciente. A relação baseada no modelo clássico, autoritário, vertical, entre profissional de saúde e pessoas que buscam pelo atendimento, é caracteristicamente de relações de dominação e de obediência, e necessita ser superada pela lógica dialética da horizontalidade (SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

Percebe-se, portanto, que a atenção do profissional, principalmente a realizada pelo médico no bate-papo trouxe mudanças na consulta, ao constatar que Laura se sentiu acolhida e com espaço para diálogo. Pode-se presumir que essa interação tenha favorecido na consulta a expressão de suas necessidades.

Outro fator que colaborou para a construção de significados de forma positiva foi a preocupação dos trabalhadores em saúde com a reorganização da agenda de atendimentos para as reuniões, segundo as necessidades de gênero, o que facilitou o acolhimento, a dialogicidade e a troca de saberes.

[...] Eu achei legal e tinha só mulheres na recepção, que eles tiveram o cuidado de chamar só mulheres para esse dia para consultar, justamente para fazer essa palestra (exame preventivo e de mama) [...]. (Alice)

A literatura tem reiterado que o acolhimento é uma peça fundamental na acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde, sendo um dos principais meios para a humanização e para a atenção à saúde. Uma boa recepção, o ouvir a população que busca o serviço, o atender suas necessidades e a integralidade do cuidado são itens cruciais nesse processo (SILVA ; ALVES, 2008; LIMA et al., 2015), e, constituem um dos caminhos para superar os limites do modelo tradicional de produzir o cuidado (GOULART; CHIARI, 2010). As falas a seguir expressam esse entendimento.

[...] Eu acho que foi muito bom, porque veio uma pessoa, veio conversar, veio explicar para a gente, já ficou mais interessante [...] a gente não conhece muita gente, mas a gente conversa com as pessoas mesmo que você não conhece, mas a gente conversa. Eu achei muito bom [...].(Juliana)

[...] Porque a gente vê o lado bom...a gente vê tanta coisa ruim, quando a gente encontra uma coisa ...que você sentiu que aquilo te orientou, eu acho que é importante pra gente [...] eu senti que as coisas estão boas, porque de primeiro a gente não tinha nada, no meu tempo, eu tenho 67 anos, e hoje tem, mas às vezes as pessoas não enxergam. [...] Eu gostei, até a gente participou, então uma orientação, que a gente sentiu...eu fiz aquilo, eu acho que fiz certo também [...]. (Rosa)

Eu acho que é importante, porque quando você vai ao médico, você tem que ter paciência de ficar esperando, então tem que ter alguma coisa assim, uma motivação [...]. (Lucia)

Embora a espera por uma consulta médica seja carregada de vivências emocionais, gerando sentimentos de ansiedade, de irritação e de tristeza pela demora do atendimento ou pela expectativa de um diagnóstico, a participação do bate-papo na sala de espera funcionou como uma “válvula de escape”, minimizando esses sentimentos (Diário de campo, 14/10/2015). A fala que segue representa essa interpretação.

[...] A gente ficou mais tranquila, porque a gente sempre fica ansiosa esperando, e todas as pessoas são desse jeito, esse dia não, a enfermeira, foi falando, falando, foi passando o tempo, no instantinho, foi rápido e eu fui atendida [...]. (Ana)

O espaço da sala de espera mostrou a sua potencialidade, pois a interação entre os participantes e os profissionais de saúde possibilitou a criação de um ambiente de prazer, já que o tempo foi transformado, de um momento em que não se está fazendo nada em um momento em que se pode fazer alguma coisa. Foi um tempo construtivo, prazeroso e significativo em que a pessoa se sentiu ativa, ao mesmo tempo em que favoreceu a construção de vínculo, humanizando, assim, o atendimento e a construção do conhecimento.

O espaço da sala de espera constituiu nesse estudo em um ambiente sociointerativo que foi transformado em um espaço vivo e humanizado, permeado pela afetividade e pela emocionalidade, o que favoreceu a construção de significado partilhado, apropriado e internalizado.

Martins e Moser (2012) corroboram com este entendimento ao mencionarem,

Se toda ação humana supõe uma mediação, do mesmo modo a aprendizagem se faz com a mediação semiótica ou pela interação com o outro, na interação social, na qual as palavras são empregadas como meio de comunicação ou de interação. A essa mediação, Vigotski e seus discípulos denominaram de sociointeracionismo – a ação se dá numa interação histórico-cultural (MARTINS; MOSER 2012, p. 10).

Castro e Silva (2001), ao desenvolverem o estudo sobre a comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário, também identificaram na percepção do usuário a demonstração de sentimentos que se expressaram por interesse, atenção, tranquilidade/descontração, surpresa, tensão/medo, cansaço, inquietação, indiferença, ansiedade e irritação.

Desse modo, o significado vai sendo construído pelas pessoas à medida que elas dialogam, ouvem e são ouvidas em relação as suas dificuldades para cuidar de sua saúde. Assim, a escuta, o diálogo e o encontro são potencialidades para a internalização e, conseqüentemente, para a ressignificação do cuidado (SANTOS et al., 2015).

Os resultados apreendidos neste estudo reafirmam os conceitos de Vigotski (2001) de que a relação com o Outro permeado pela emoção é necessária para a apropriação da significação.

6.2 RELAÇÃO MEDIADA: USO DA LINGUAGEM E INSTRUMENTOS

A interação e a convivência com o Outro possibilita às pessoas construir seus sistemas de signos. Assim, os signos e os instrumentos são elementos mediadores que oferecem suporte para a ação do homem no mundo. A linguagem escrita representa um signo, e é considerado o mais importante sistema simbólico que os seres humanos possuem para formar conceitos e para aprender. Sem a linguagem, o ser humano não é social, nem histórico, nem cultural (VIGOTSKI, 2001).

Já o instrumento, é todo objeto criado pelo homem com a intenção de facilitar seu trabalho e sua sobrevivência, são os elementos mediadores interpostos entre a pessoa e o objeto de seu trabalho, no plano externo ao homem (OLIVEIRA, 2010).

É importante destacar que os elementos que constituem a mediação não produzem por si só significado, nem aprendizagem, porque uma ferramenta possui uma ação na medida em que as pessoas as usam (WERTSCH; DEL RIO; ALVAREZ, 1998).

As falas a seguir expressam a relevância da mediação, por meio do sistema simbólico, representado pela linguagem e pelos recursos didáticos que as pessoas utilizaram para conceber a sua relação com o mundo.

[...] mostraram um cartaz escrito, deu exemplos, exemplificou, falou numa linguagem das pessoas, porque tem pessoas que tem dificuldade para entender [...] precisa ser falado numa linguagem melhor, mais simples para a pessoa entender. Eu acho que foi bom, eu gostei [...]. (Sandra)

[...] Eu gostei, pois foi muito bem explicado, o moço falou muito bem, falou perfeito [...] falou assim perfeito para a gente compreender, eu compreendi tudo que ele falou [...] achei diferente porque ele explicou bem explicado, a gente ficou mais ciente daquilo que a gente usa, não tem medo de usar [...]. (Isis)

[...] Foi bom, deu orientação. Ela falou que tem o pessoal que faz ginástica na estação, falou os dias, se quiser participar não paga nada, achei interessante. Não sabia que tinha essa atividade física [...]. (Natália)

[...] Ela explicou, ela levou lá uma espécie de um seio, que todo mundo tinha que apalpar para ver se achava os carocinhos [...]. (Lucia)

Constatou-se que a linguagem de forma clara e objetiva constituiu mediador importante que trouxe elementos que favoreceram o entendimento dos participantes, a aproximação, o conforto, o alívio para a ansiedade, a possibilidade de expressar seu próprio adoecer, sua empatia, seu interesse, a vontade de entender mais, além de criar espaços para estreitar o vínculo e para a reflexão sobre o cuidado à saúde, o que favorece a compreensão, a incorporação, a internalização e a capacidade de gerir seu próprio processo de adoecer. Isso ocorre porque “Uma palavra que não representa uma ideia é uma coisa morta, da mesma forma que uma ideia não incorporada em palavras não passa de uma sombra” (VIGOTSKI, 1993 p.2).

A partir dessa concepção, as relações humanas têm constituído as primícias nos processos e as técnicas pedagógicas para a socialização de conhecimentos, para a formação de sujeitos e para o compartilhamento de saberes em saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016; BORGES; ALENCAR, 2014; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; FREIRE, 2007).

Nesta vertente, a linguagem é o meio ou o modo mais importante que as pessoas possuem para interagir e para aprender (Vigotski, 2007; Martins e Moser, 2012) e, certamente, para reatualizar as suas representações sobre o mundo. Os fragmentos das falas a seguir exemplificam esse entendimento.

[...] Essa última vez que eu fui e a enfermeira conversou muito sobre o câncer de mama, ela conversou muito [...] Ela pôs lá na mesinha, uma mama, um útero, tudo bonitinho assim e foi explicando, o que é o câncer, como que começa, como que não, para a gente ver em casa, os nódulos, as coisas, explicou como que são os nódulos, explicou tudo [...]. (Ana)

[...] As enfermeiras explicaram bastante cada cartaz. Ela foi falando um por um, explicando, falando que atividade física é importante, que você não pode ficar só parado em casa, tem que fazer uma caminhada, fazer exercício e que tinha oportunidade, que se quisesse participar [...]. (Natália)

Embora tenha decorrido mais de dois meses das ações, as pessoas relembrou com detalhes dos profissionais, das orientações, das técnicas e dos recursos materiais, como pirâmide de isopor, cartazes e panfletos. A partir dessa análise, é possível afirmar que a linguagem e os instrumentos configuraram

elementos importantes de mediação para a construção do conhecimento, para a internalização e, possivelmente, para a ressignificação dos cuidados.

Nessa perspectiva, o espaço da sala de espera demonstrou a sua potencialidade ao permitir que as necessidades das pessoas fossem atendidas, porque priorizou o ouvir, falar, o observar, o perceber, o refletir e o agir, respeitando a sua cultura, de maneira que a pessoa se sentiu incluída. A partir dessa análise, percebe-se a aplicação de um dos conceitos de Vigotski, instrumento e resultado, uma vez que as ações foram se moldando, à medida que os participantes tiveram uma participação ativa no processo. Os fragmentos a seguir, reiteram o espaço para o diálogo e a percepção dos participantes ao sentirem partícipes nas ações.

[...] A gente participou colocando um alimento que a gente podia escolher, isso eu lembro, deve até ter mais coisa lá, mais a gente não espera também porque eu escolhi aquele alimento que a gente achou, eu escolhi até a melancia, que é um alimento, que é bom para a pressão, depois da comida,... põe no papel aí, a gente ia pondo. Embaixo é o que a gente come primeiro, aí eu escolhi a melancia, que é depois da comida, então os outros escolheram alguma coisa, o doce um pouco mais para cima [...]. (Rosa)

[...] Estava perguntando para pessoa, até perguntou para mim, qual é a comida que você mais gosta? Que eu mais gosto é carne, eu respondi para ela, aí ela falou então está bom, e perguntou para os outros e vocês o que mais gostam? E ia marcando lá, tipo um quadro[...]. (José)

Ao destacar a importância do intercâmbio social no fornecimento da base para o desenvolvimento psicológico das pessoas e ao discorrer que o desenvolvimento ocorre a partir de uma fase que já foi atingida e está consolidada, Vigotski estabeleceu os níveis de desenvolvimento real que corresponde ao ponto de desenvolvimento atingido; o potencial em que a pessoa é capaz de fazer mediante a ajuda de outra pessoa e, entre o desenvolvimento real e o potencial, tem-se a zona de desenvolvimento proximal (ZDP), a qual define aquelas funções que estão em processo de maturação, fato que deve ser considerado no processo ensino aprendizagem. A partir desses conceitos, compreende-se que a aprendizagem é um processo contínuo e decorre da capacidade do sistema nervoso em ajustar-se em resposta às experiências adquiridas no meio social por meio da interação, evidenciando assim, a associação entre o processo de aprendizado e o

desenvolvimento ao funcionamento do cérebro, no decorrer da história humana (OLIVEIRA, 2010).

Desse modo, a aprendizagem produz-se pelo constante diálogo entre o exterior e o interior do ser humano, tendo em vista que, para ocorrer formação de ações mentais, é necessário partir das trocas com o mundo externo (VIGOTSKI, 2007).

Ao aplicar esses conceitos aos resultados deste estudo, conclui-se que o espaço construído pela sala de espera, mediado pelos signos e instrumentos, foi capaz de estimular a ZDP das pessoas, de internalizar as orientações e de estabelecer possibilidades de ressignificar o cuidado de si.

Estudo de Costa, Duqueviz e Pedroza (2015), destacarem que a sala de espera tem constituído um espaço privilegiado para o diálogo e para a utilização de materiais simples, o que inclui tecnologias digitais, como vídeos, demonstração de procedimentos, cartazes e exposição de figuras. Tais instrumentos têm contribuído para mudanças em algumas práticas sociais como a comunicação, a socialização, a organização, a mobilização e a aprendizagem. Assim também, nos estudos de Ribeiro et al. (2011), Ribeiro et al. (2012) e Machado et al. (2016) que, ao realizarem ações por meio de oficinas, que incluíram palestras dialogadas e dinâmicas interativas com uso de recursos diversos como cartazes, vídeos e demonstrações práticas, concluíram que estas são importantes estratégias de educação em saúde e efetivas para aumentar a adesão às orientações.

Ribeiro et al. (2011) ressaltaram, ainda, que metodologias tradicionais, práticas expositivas, ou seja, metodologias arcaicas que não promovem a interação e a ressignificação, são menos efetivas na consolidação do conhecimento do que as metodologias ativas e diversificadas como as construções coletivas vivenciadas pelas pessoas, por meio de cartazes, de vídeos demonstrativos e de oficinas de educação em saúde.

A ação educativa nas práticas em saúde é fundamental porque possibilita às pessoas a aprendizagem e o desenvolvimento; “é o que se consegue fazer com a ajuda do outro para que se consiga fazê-lo sozinho” (VIGOTSKI, 2001).

Os conceitos de Vigotski vêm sendo utilizados em estudos que reforçam a importância da mediação no processo de aprendizagem, como nos de Gercama et al.(2014) e de Peck et al. (2009), ao concluírem que a própria comunidade possui um potencial de promover a aprendizagem nos profissionais, e estes, por sua vez,

são estimulados a continuarem com as ações de promoção à saúde. Trata-se, portanto, de um processo dialético e cultural. As conclusões desses autores, assim como resultados do presente estudo demonstram a importância do contexto social, sob a mediação dos signos e dos instrumentos para compreender que a trajetória do desenvolvimento do pensamento ocorre no sentido do social para o individual (VIGOTSKI, 2007).

6.3 APRENDIZADO: O POTENCIAL DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SALA DE ESPERA.

O aprendizado na abordagem Histórico-Cultural de Vigotski (2007) se fundamenta no princípio de que o homem é um ser histórico e cultural, que aprende na interação com o outro, constrói novos significados e se desenvolve. Desse modo, o aprendizado nessa abordagem é entendido como

[...] um processo pelo qual o indivíduo adquire informações, habilidades, atitudes, valores, a partir de seu contato com a realidade, com o meio ambiente e com as outras pessoas. Pela ênfase de Vygotski nos processos sócio-históricos, o aprendizado inclui a interdependência dos indivíduos envolvidos no processo (OLIVEIRA, 2010, p.53).

Partindo desse pressuposto, o aprendizado se concretiza a partir da relação dialógica e dialética, em que todos ensinam e todos aprendem, porque as relações que se estabelecem são pedagógicas (SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

Nessa concepção, a sala de espera configurou um espaço que propiciou o diálogo, partilhou ideias e experiências, o que, por essa razão, foi entendido como ações privilegiadas para a construção do saber em saúde (SILVA et al., 2014). É um espaço para tal propósito na educação em saúde, porque implica o manejo de saberes, nas formas de se cuidar e não de controlar a forma de vida das pessoas (TEIXEIRA; VELOSO, 2006). As ações, nesse contexto, estimulam o autocuidado, e as mudanças de um estilo de vida, por meio da incorporação dos signos culturais que estão sendo construídos por meio das atividades dialógicas e pela troca de experiências. Os fragmentos das falas a seguir exemplificam o aprendizado.

[...] Eu achei bom, para a gente não cair na armadilha de comer várias coisas, está educando você, está educando a gente [...] eu senti bem [...] bem para não complicar, está ensinando você para não complicar e cair em outra armadilha e não poder comer as coisas exageradas, então é um bom para a gente, está ajudando a gente. É porque sempre está aprendendo, sempre você está aprendendo alguma coisa a mais [...]. (Carlos)

[...] Eu achei que foi diferente, porque até então das outras vezes que eu tinha ido lá, não teve isso, não tinha das outras vezes e desta vez teve, eu achei legal aproveitar esse tempo para informar, pra mostrar, para passar alguma coisa, eu achei bom. Foi proveitoso, eu achei bom, pois enquanto você está lá esperando, obtém mais informação, eu achei importante, até tirei algumas dúvidas, eu e minha filha que estava junto. A gente sempre aprende, falar que a gente sabe tudo, nunca sabe, algum detalhezinho assim, sempre acaba passando e a gente aprende sim, eu achei legal, eu achei bom [...]. (Alice)

[...] Ele falou que é para a gente tomar cuidado com a alimentação, fazer exercícios, ele falou: gente, o sal é o maior inimigo, ele estava comentando sabe, sobre o sal, então ele falou com todos [...] tem que fazer a caminhada, porque o que é muito importante é a caminhada[...]. (Laura)

[...] Falou o que a pessoa pode comer e o que não pode, tem que fazer também caminhada, aí ainda falei para a menina que estava do meu lado, eu falei assim, eu não tenho diabetes, mais meu marido tem, aí ela me deu um folhetinho para mim trazer, para ler para ele, mais ele resguarda muito, eu não deixo ele entrar em comida assim, que faz mal. (Paula)

Constatou-se que as pessoas internalizaram as orientações e, possivelmente, a ressignificação de cuidados em direção a comportamentos de estilo de vida mais saudável porque permitiu a apropriação de significados. Tal análise se apoia no fato de que as pessoas relembrou com detalhes dos profissionais, dos instrumentos e do signo, embora já decorridos dois meses da ação, demonstrando não apenas a atenção, a concentração e a memória, mas também a sua capacidade de criticidade e de abstração. Vale reiterar nesse contexto que a interação com o Outro, a possibilidade de expressar seu saber, a sensibilidade e a emoção foram fundamentais para a aprendizagem.

Defende-se como Vigotski (2007) e Thofehrn e Leopardi (2006) que as interações recursivas são fundamentais porque propiciam a construção simbólica capaz de ser internalizada e transformada em saberes, demonstrando que é um processo dinâmico sujeito a mudanças relacionadas ao momento histórico-cultural.

Ao aplicar esse entendimento às ações de educação em saúde, a longitudinalidade do cuidado é essencial, para viabilizar a internalização das orientações, e, assim, as ressignificações de cuidado, traduzidas pelas mudanças nos modos de cuidar de si.

Nas falas a seguir, foi possível perceber a apropriação de conhecimento para a promoção e para a capacidade do autocuidado, potencializando a transformação pessoal, e conseqüentemente, social, o que favorece para a pessoa sair da zona conforto, de um ser passivo, tornando-se ativo no processo ensino aprendizagem.

[...] Eu prestei atenção [...] eu achei legal, porque às vezes a pessoa tem algum problema, e não sabe como tratar, então tendo essa palestra eles vão procurar ver ou melhorar a situação, eu não sei se eu estou certa...eu achei legal, porque a pessoa está ali prestando atenção, já sabe como se defender [...] (Paula)

[...] Porque a gente fica sabendo mais, principalmente na hora do banho, a gente vai fazendo na gente, a enfermeira explicou que é assim (neste momento dona Ana, apalpa sua própria mama demonstrando como ela deveria fazer na hora do banho) a gente vai fazendo, pra ver, sempre é bom ter uma pessoa que orienta a gente, a gente é bobo não sabe muita coisa. A gente aprendeu mais coisas que não sabia, aprendeu com ela [...] (Ana)

Vigotski (2007) contribuiu de forma significativa ao campo científico ao defender que o processo de apropriação do conhecimento se dá nas relações do sujeito com o mundo, com possibilidade de internalização e, conseqüentemente de aprendizado. Para o autor, não há um desenvolvimento pronto que vai se atualizando com o passar do tempo; ele é um processo, no qual está presente a maturação do organismo, o contato com a cultura produzida pela humanidade e com as relações sociais.

Nesse entendimento, o homem não deve ser visto como um mero objeto que precisa adaptar-se às condições da sociedade, mas reconhecido a partir de sua atividade, nas relações que estabelece com os bens materiais e simbólicos de que se apropria, desenvolvendo e satisfazendo suas necessidades, assumindo, assim, a posição de sujeito do seu processo de aprendizagem (VIOTTO FILHO; PONCE; ALMEIDA, 2009).

Para Vigotski (2007), a internalização é um processo interpessoal, transformado em processo intrapessoal, porque todas as funções de desenvolvimento ocorrem em dois níveis; primeiramente, em um nível social, o qual

acontece na interação entre as pessoas também denominada interpsicológica e, posteriormente, no nível individual, no interior da pessoa, chamada intrapsicológica. Portanto, todas as funções superiores originam-se das relações entre as pessoas (VIGOTSKI, 2007).

Ao relacionar os resultados com os conceitos de Vigotski, apreende-se que a sala de espera constituiu um espaço que favoreceu a apropriação de ferramentas culturais, propiciando novas formas de expressão do pensamento.

Esse olhar para educação em saúde requer que as ações educativas busquem desenvolver a autonomia e o autocuidado das pessoas com sua saúde, entretanto, não de forma verticalizada, por meio de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas, principalmente, pelo desenvolvimento de competências para lidar com as dificuldades impostas pela doença em seu dia-a-dia (FAVA et al., 2011); principalmente ao envolver pessoas com HAS, que apresentam demanda extremamente complexa (RIBEIRO et al., 2011).

Nessa lógica, a utilização de metodologias ativas, com prioridade para a relação dialógica, por meio da qual as singularidades são valorizadas, os saberes e práticas são compartilhados, propicia à pessoa sentir-se pertencente ao processo de construção do seu conhecimento, com potencial para o aprendizado e para o desenvolvimento da autonomia (BORGES; ALENCAR, 2014). Assim, as relações que se estabelecem entre profissionais e comunidade oferecem grandes possibilidades de intensificar a comunicação, tornando-a mais efetiva, o que contribui para as mudanças no estilo de vida. A educação, nesse contexto, assume um caráter mais amplo e se organiza no sentido da formação total da pessoa (OLIVEIRA; LEITE, 2011).

Essas concepções reiteram que o homem é um ser social que aprende na interação com o outro, assim com a missão de fornecer um ambiente social propício para o desenvolvimento. E, ainda, os profissionais exercem um papel fundamental no processo de aprendizagem ao valorizarem o espaço da sala de espera como um ambiente de acolhimento e de diálogo (TUNES, 2015).

Os resultados do nosso estudo coadunam com os de Silva et al. (2014) e Rodrigues et al. (2009), ao demonstrar a potencialidade do espaço da sala de espera no processo de ensino aprendizagem, uma vez que os encontros grupais representam um dos principais elos para a construção do saber em saúde, o que possibilita o compartilhamento entre culturas, conhecimentos e visões de mundo, no

qual cada pessoa se diferencia e se reconhece no outro, por meio de uma relação dialógica que lhes possibilita falar, escutar, refletir, questionar e aprender mutuamente e, de acordo com Ulbrich et al.(2012), conduz à reflexão e, assim, permite que as pessoas gerenciem seus tratamentos e, com a interação dos profissionais, encontrem a melhor forma de cuidar da saúde.

Nessa perspectiva, Alves e Aerts (2011), têm recomendado que as ações de educação em saúde devem ser incorporadas como rotina no processo de trabalho em saúde, ser desenvolvidas coletivamente e com potencial para estimular nas pessoas o desenvolvimento de reflexão crítica na relação ensino aprendizagem.

Os resultados do nosso estudo vêm preencher uma das lacunas apontadas por Oliveira et al. (2013), ao ressaltarem a necessidade de estudos que demonstrem as melhores medidas de intervenção para as pessoas com HAS.

Ao relacionar os resultados deste estudo aos conceitos de Vigotski (2007) apreende-se que a sala de espera configurou um espaço promotor de interação, mediado pela linguagem e pelos instrumentos, de dialogicidade, de compartilhamento de saberes e práticas, o que favoreceu aos participantes a internalização e a construção de significados, com potencial para mudanças de estilo de vida.

A partir dessa compreensão, o modelo de aprendizagem fundamentado nos conceitos da abordagem Histórico-Cultural de Vigotski mostra o seu potencial ao dizer que o homem é um ser histórico e cultural, que aprende na interação com o outro, constrói novos significados e se desenvolve.

7 CONCLUSÃO

No exercício analítico deste estudo, para analisar os significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera, apreende-se que a configuração deste espaço favoreceu a interação, com significados de atenção, de interesse, de orientação, de aprendizado e de prazer e demonstram as possibilidades para a criação de vínculo, humanizando, assim, o atendimento.

Esses resultados demonstram a importância do trabalho em equipe, a potencialidade das ações grupais para a educação em saúde e o exercício da criatividade na construção e reconstrução de saberes e práticas.

Nessa perspectiva, a análise dos dados a partir dos conceitos Histórico-Cultural de Vigotski às ações de educação em saúde nos permitiu compreender que a pessoa que busca pelo cuidado assume o papel ativo no processo, porque interage a partir de experiências sociais; aprende a partir do que lhe é significativo e deve ser ajudada a buscar respostas para as suas necessidades. O profissional de saúde constitui apoio para o enfrentamento do adoecimento e para tanto, deve promover ações de educação em saúde com as pessoas, deve priorizar a interação, porque possibilita a socialização do conhecimento a partir das experiências individuais, o que contribui para a reflexão, para o aprendizado, para as mudanças nos modos de se cuidar de forma mais participativa.

O espaço da sala de espera demonstrou a sua potencialidade ao permitir que as necessidades das pessoas fossem atendidas, porque priorizou o ouvir, o observar, o refletir e o agir, respeitando as singularidades, de maneira que a pessoa se sentiu partícipe no processo de ensino aprendizagem.

O aprendizado com as ações em sala de espera deve promover a autonomia para o autocuidado e a mudança de um estilo de vida, por meio da internalização dos signos culturais que estão sendo construídos por meio das atividades dialógicas e pela troca de experiências.

Prestar um atendimento mais humanizado e qualificar os serviços de saúde nos espaços da UESF constitui um dos caminhos para superar os limites do modelo tradicional de produzir o cuidado. Embora muitos avanços para romper com esse

modelo tenha já concretizado, na prática, ainda se percebe o modelo biomédico prescritivo, com poucos resultados para mudanças de comportamento.

Este estudo traz contribuições para as ações de educação em saúde, tendo em vista que a interação, a mediação, o instrumento e o resultado seguindo os conceitos de Vigotski, demonstraram o seu potencial para a construção do aprendizado, da internalização, da resignificação, e, possivelmente, para mudanças de estilo de vida.

Relevância do estudo para a enfermagem

O desenvolvimento das atividades de enfermagem está inserido em um campo de atuação muito amplo e, apesar do conhecimento científico, a demanda e a abrangência das ações sob a responsabilidade do enfermeiro são extensas e complexas.

Para dar conta desse desafio, o enfermeiro busca desenvolver sua prática articulada e integrada com equipe multiprofissional, em que se destaca como principal responsável na construção de um fazer em saúde, que, utilizando do espaço da sala de espera, pode compreender as necessidades das pessoas, envolvendo-as na construção de alternativas viáveis para solucionar os possíveis problemas de saúde comuns entre as pessoas e a equipe (RODRIGUES et al., 2009).

O espaço da sala de espera tem demonstrado seu potencial, tendo em vista que os conhecimentos são construídos juntos, o que abre possibilidades para mudanças da realidade e para reflexões das condições de vida, (Gomes et al., 2015), porque aproxima o enfermeiro da pessoa e de sua família, possibilitando a expressão de sentimentos, de pensamentos e de emoções que constituem fatores imprescindíveis na interação entre as pessoas (Poletto e Motta, 2015) e no reconhecimento da realidade sociocultural dos participantes (RODRIGUES et al. , 2009).

A partir dessa compreensão, o modelo de aprendizado fundamentado na abordagem Histórico-Cultural de Vigotski mostrou-se apropriado como referencial deste estudo, uma vez que o homem é um ser histórico e cultural, que aprende na interação com o outro, constrói novos significados e se desenvolve (VIGOTSKI, 2007). Aprender esses significados é importante para a equipe, principalmente para a enfermagem, pelo fato de a educação se constituir em um eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática (FAVA et al. , 2011)

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, jan./fev. 2008.

ALMEIDA, E. R; MOUTINHO, C. B; LEITE, M. T. S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-401, abr./jan. 2016.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ANDRADE, G. A.; PALAFOX, G. H. H. Makarenko, Vigotski e a educação. In: SIMPÓSIO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO EM EDUCAÇÃO/ EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR, 3, nov. 2006, Uberlândia, Minas Gerais. **Anais...** Uberlândia: Revista Especial de Educação Física, 2006. p. 136-148.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.

BORGES, T. S; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, Salvador, ano 03, n. 4, p. 119-143, jul./ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília - DF, **Diário Oficial União**, Seção 1, 22 out. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 dez. 2015.

CAMARGO, S. R. B. **Significados de saúde para crianças de cinco anos e formação de conceitos à luz da abordagem histórico-cultural**: reflexões para a promoção da saúde. 2014. 147f. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeira Preto, 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CASTRO, A. P. P. A entrevista dialógica como instrumento para pesquisar a escrita online na aprendizagem do professor em formação: reflexões iniciais. In: FREITAS, M. T. de A; RAMOS, B. S. **Fazer pesquisa na abordagem histórico-cultural**: metodologias em construção. Juiz de Fora: UFJF, 2010, p. 91-100.

CASTRO, R. B. R; SILVA, M. J. P. A comunicação não verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9 n. 1, p. 80-87, jan. 2001.

COSTA, S. R. S.; DUQUEVIZ, B. C.; PEDROZA, R. L. S. Tecnologias Digitais como instrumentos mediadores da aprendizagem dos nativos digitais. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 603-610, set./dez. 2015.

FAVA, S. M. C. L. et al. Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 81-87, 2011.

FIGHERA, S. M et al. Educação em saúde na sala de espera: expectativa das mães frente à condição crônica do filho. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 642-648, out./dez. 2012.

FREIRE, P. **Política e educação**. 8. ed. Indaiatuba: Villa das Letras, 2007.

FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 72-78, mar. 2011.

GERCAMA, A. et al. Bridging the gap between CBME in theory and practice: the role of a teacher community. **Perspectives on medical education**, Netherlands, v. 3, n. 6, p. 486-49, Dec. 2014.

GÓES, M. C. R.; CRUZ, M. N. Sentido, significado e conceito: notas sobre as contribuições de Lev Vigotski. **Pro-Posições**, Campinas, v. 17, n. 2, p.31-45, maio/ago. 2006.

GOMES, C. S. et al. Sala de espera para adolescentes e familiares. **Revista Aproximando**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2015.

GOULART, B. N. G; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, jan. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p.553-9, maio/jun. 2015.

MACHADO, J. C. et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, fev. 2016.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde**. Especialização em saúde da família - UNASUS/UNIFESP. 2012. p. 63- 67. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/171>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

MACHADO, M.F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.

MAIA, M. A.; REIS, I. A.; TORRES, H. C. Associação do tempo de contato no programa educativo em diabetes mellitus no conhecimento e habilidades de autocuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.1, p. :59-64, 2016.

MALACHIAS M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, Supl.3, p.1-83, set. 2016.

MALTA, D.C. et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, abr./jun. 2015.

MARTINS, O. B.; MOSER, A. Conceito de mediação em Vigotski, Leontiev e Wertsch. **Revista Intersaberes**, v. 7, n. 13, p. 8-28, jan./jun. 2012.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out. 2014.

MEIRELES, A.L. et al. **Atenção a saúde do adulto**: linha guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MILANI, L; GERMANI, A.R.M. Sala de espera: um cenário para a promoção de saúde. **Revista de Enfermagem | FW |** v. 8, n. 8, p. 114-127, 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucites, 2010.

MOURA, D. J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileiro Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 759-65, jul./ago. 2011.

MOZZATO, A. R; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011

NEGRI, M. D. X. **Enriquecimento cognitivo na atuação do enfermeiro: uma vivência prática**. 2004. 217f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Florianópolis, 2004.

OLIVEIRA, M. K. **Vigotski: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 2010.

OLIVEIRA, M. K. **Vigotski: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. 4. ed. São Paulo: Scipione, 2002.

OLIVEIRA, L. M. P.; LEITE, M. T. M. **Concepções Pedagógicas. Módulo Pedagógico**. Especialização em Saúde da Família: Modalidade a Distância. UNA-SUS UNIFESP, 2011.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

PECK C.A. et al. Organizational learning and program renewal in teacher education: a socio-cultural theory of learning, innovation and change. **Review of educational research**, Whashington, v. 4, n. 1, p.16-25, Dec. 2009.

PEREIRA, M.M. et al. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 167-75, jan./mar. 2014.

POLETTTO, P. M. B.; MOTTA, M. G. C. Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/aids. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.641-647, out./dez. 2015.

RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011.

RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, mar./abr. 2012.

RODRIGUES, A., et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências**. v. 5, n. 7, p.101-106, maio. 2009.

SANTOS, K. S. et al. Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 620-7, jul./ago. 2015.

SANTOS, M. M. A. S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 775-786, mar. 2012.

SARRA, R. J. et al. Intervenções educativas com usuários de medicamentos como estratégias terapêuticas. **Revista de ciências farmacêuticas básica e aplicada**, Araraquara, v. 34, n. 2, p. 229-234, 2013.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9781, p.1949-62, 2011.

SILVA, P. C. S. et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7924-7935, maio, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/7193-71417-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

SILVA, F. M. et al. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 347-53, maio/jun. 2014.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar. 2008.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-5, abr./jun. 2006.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Construtivismo sócio-histórico de Vygostky e a enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 694-698, set./out. 2006.

TUNES, E. Estudos sobre a teoria histórico-cultural e suas implicações educacionais. **Fractal: revista de psicologia**, Niterói, v. 27, n. 1, p. 7-11. Jan./fev. 2015.

ULBRICH, M. E. et al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 22-27, jun. 2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S.M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

VIOTTO FILHO, I. A. T.; PONCE, R. F.; ALMEIDA, S. H. V. As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola. **Psicologia da educação**, São Paulo, n. 29, p. 27-55, dez. 2009.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VIGOTSKI, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes; 1993. 112p.

VIGOTSKI, L.S. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WAIMAN, M.A.P. et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 445-53, mai./jun. 2012.

WERTSCH, J. V. ; DEL RIO, P. ; ALVAREZ, A. **Estudos Socioculturais da Mente**. Porto Alegre: Art Med, 1998

ZANOLLA, S. R. S. O conceito de mediação em Vigotski e Adorno. **Psicologia & sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n.1, p. 5-14, jan./ abr. 2012.

ANEXO A–Aprovação pelo Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento estratégico e o papel da equipe da unidade de estratégia de saúde da família na promoção da saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica

Pesquisador: Patrícia Costa dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41227215.2.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 975.769

Data da Relatoria: 27/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados serão obtidos por intermédio da técnica do grupo focal (GF), prioritariamente, e de entrevistas complementarmente, obtidas junto à equipe multiprofissional de uma unidade de estratégia de saúde da família do Sul de Minas Gerais e junto às pessoas com HAS cadastradas nesta unidade.

O contexto de investigação será constituído por uma unidade de estratégia de saúde da família localizada no Sul de Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um planejamento das ações voltado a promoção da saúde de pessoas com HAS por meio da abordagem histórico-cultural, com base nos princípios de Lev Vygotsky.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá ocorrer constrangimentos e desconfortos em responder às questões, por tratar-se de coleta de dados por meio de técnica coletiva. Caso haja necessidade as pessoas contarão com o suporte de um psicólogo da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

OB Gaselli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 975.769

Benefícios:

Possibilitará o desenvolvimento de um planejamento estratégico situacional, cujas ações corroboram para a reorganização do processo de trabalho em saúde e a promoção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem embasado cientificamente, claro, de grande importância para o cuidado com o paciente crônico com HAS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes e em consonância com as normas solicitadas.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

ALFENAS, 06 de Março de 2015

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP
 37130-000



APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

a) Identificação da pessoa

1 Data de nascimento:.....

2 Sexo: M () F ()

3 Estado civil: () casado (a) () solteiro (a) () viúvo (a) () divorciado (a)
 () desquitado (a) ou separado (a) judicialmente

4 Renda familiar mensal:.....(R\$, salário 2015)

5 Crença religiosa.....

6 Dados clínicos

Tempo de diagnóstico da HAS.....

Tipo de tratamento.....

7 Escolaridade:

0-Analfabeto

1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)

2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)

3- 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)

4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)

5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)

6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)

- 7- Educação superior incompleta 8-Educação superior completa
- 8- Ignorado
- 9- Não se aplica

b) Questões norteadoras

- 1 – Você tem frequentado a unidade de saúde?
- 2 – Você vai com frequência?
- 3 – Por que você tem procurado a unidade de saúde?
- 4 – O que o senhor (a) tem achado do atendimento da unidade?
- 5 – Demora para ser atendido (a)?
- 6 – O que você faz enquanto aguarda pelo atendimento?
- 7 – Enquanto aguardava pelo atendimento, você se lembra de funcionários terem conversado com você na sala de espera?
- 8 – Sobre o que eles falaram?
- 9 – Como foi para você neste dia?
- 10 – Como foi feito?
- 11 – Dê um exemplo, se foi bom.
- 12 – O que você sentiu neste dia, na sala de espera?
- 13 – O senhor (a) achou que foi diferente? Em que sentido?
- 14 – E quanto a HAS, teve alguma orientação?
- 15 – E quanto à pressão alta, teve alguma orientação?

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**Universidade Federal de Alfenas. Unifal-MG****Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG – CEP

37130-000

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – “Significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: “Significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera”

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Maria de Lourdes Barbosa Negrão

ENDEREÇO: Rua Francisco Marcos dos Santos, nº 70, Bairro: Jardim Nova América, Alfenas – MG.

TELEFONE: (35) 3292-7868

OBJETIVO: Analisar os significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera.

JUSTIFICATIVA: A análise dos significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera pode contribuir sobremaneira para a enfermagem como profissão dedicada ao cuidado humano que tem a educação como um importante eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática e para o desenvolvimento da Enfermagem no ensino e na pesquisa.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A técnica empregada para a obtenção dos dados será entrevista. No presente estudo, o procedimento de coleta de dados terá início com a caracterização socioeconômica dos participantes. Para a realização de tal caracterização, será utilizado um instrumento previamente elaborado pela pesquisadora, constituído por duas partes: A primeira parte será composta de questões que abordam a caracterização socioeconômica das pessoas de acordo com as variáveis: idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade e crença. A segunda parte tem por objetivo apreender os sentidos e significados pelas pessoas com HAS às ações de educação em saúde à sala de espera, a partir de questões norteadoras.

RISCOS E DESCONFORTOS: Poderão ocorrer constrangimentos e desconfortos em responder às questões, por tratar-se de coleta de dados por meio de técnica entrevista. Caso haja necessidade as pessoas contarão com o suporte de um psicólogo da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

BENEFÍCIOS: Sua participação no estudo é importantíssima porque possibilitará a análise dos significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera podendo corroborar sobremaneira para a enfermagem como profissão dedicada ao cuidado humano que tem a educação como um importante eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática e para o desenvolvimento da enfermagem no ensino e na pesquisa.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Gostaríamos de esclarecer que será garantido total sigilo sobre a sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento que julgar necessário, sem que isto traga prejuízos para a continuidade da assistência recebida pelo (a) senhor(a) na unidade de estratégia de saúde da família. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e os resultados provenientes das observações serão utilizados respeitosamente apenas para fins de pesquisa.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Maria de Lourdes Barbosa Negrão

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pela pesquisadora Maria de Lourdes Barbosa Negrão dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu trabalho.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP – 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ___ de _____ 2015.

(Nome por extenso)

(Assinatura)

(NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (se menor de 21 anos)):

(Opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: assinatura de 2 testemunhas não ligadas ao pesquisador