Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ORIGINAL

RESSIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

RESIGNIFICATION OF CARE FOR PERSONS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION

RESIGNIFICACIÓN DEL CUIDADO A LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

Patrícia Costa dos Santos da Silva[1], Maria de Lourdes Barbosa Negrão[2], Fernanda Raphael Escobar Gimenes[3], Lucélia Terra Chini[4], Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves[5], Silvana Maria Coelho Leite Fava[6]

RESUMO

Objetivo*:** analisar a ressignificação do cuidado prestado por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família às pessoas com hipertensão arterial sistêmica na perspectiva histórico-cultural. ***Método*:** estudo qualitativo em uma Estratégia de Saúde da Família, dividido em cinco fases, com base no planejamento de ações em serviços de saúde e em abordagem histórico-cultural, por meio da técnica de grupo focal e do grupo operativo. ***Resultados: os dados obtidos nos grupos focal e operativo organizaram-se em temas de acordo com os princípios de Vygotsky: Estratégia de Saúde da Família: espaço vivo para a relação dialógica; O papel do pesquisador e da equipe como mediadores nas interações e Significados atribuídos ao modelo assistencial. ***Conclusão*:** a equipe da Estratégia de Saúde da Família conseguiu ressignificar o cuidado prestado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, o que permitiu a reelaboração do modelo assistencial. **Descritores**: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Promoção da Saúde; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the resignification of the care provided by a Family Health Strategy team to people with systemic arterial hypertension from the historical-cultural perspective. ***Method:*** this is a qualitative study conducted in a Family Health Strategy unit divided into five phases and based on the planning of actions in health services and with a historical-cultural approach, through the technique of focal group and the operative group. ***Results:*** data obtained in the focal and operative groups were organized according to Vygotsky's principles: Family Health Strategy: living space for the dialogical relationship; the role of the researcher and the team as mediators in the interactions and meanings attributed to the care model. ***Conclusion:*** the Family Health Strategy team was able to resignify the care given to people with systemic arterial hypertension allowing the re-elaboration of the care model. ***Descriptors:*** Primary Health Care; Hypertension; Health Promotion; Qualitative Research; Nursing; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Objetivo*:** analizar la re-significación del cuidado prestado por un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia a las personas con hipertensión arterial sistémica en la perspectiva histórico-cultural. ***Método*:** estudio cualitativo en una Estrategia de Salud de la Familia, dividido en cinco fases, con base en el planeamiento de acciones en servicios de salud y en enfoque histórico-cultural, por medio de la técnica de grupo focal y del grupo operativo. ***Resultados: los datos obtenidos en los grupos focal y operativo se organizaron en temas de acuerdo con los principios de Vygotsky: Estrategia de Salude de la Familia: espacio vivo para la relación dialógica; El papel del investigador y del equipo como mediadores en las interacciones y Significados atribuidos al modelo asistencial. ***Conclusión*:** el equipo de la Estrategia de Salud de la Familia consiguió dar re-significado al cuidado prestado a las personas con hipertensión arterial sistémica, lo que permitió la reelaboración del modelo asistencial. ***Descriptores***: Atención Primaria de salud; Hipertensión; Promoción de la Salud; Investigación Cualitativa; Enfermería; Atención Integral de Salud.

[1]Doutora, Universidade Federal de Uberlândia/UFU. Uberlândia (MG), Brasil. E-mail: patriciacostaunifenas@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9643-1865; [2]Mestre, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas (MG), Brasil. E-mail: delourdesnegrao@yahoo.com.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7242-1002; [3]Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: fregimenes@eerp.usp.br ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5174-112X; [4]Doutora, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: lu.lucelia@yahoo.com.br, ORCID: http://orcid.org/0000-0003-0266-5295; [5]Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: mgoncalves@eerp.usp.br ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2965-5409; [6]Doutora, Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: silvanaf2005@yahoo.com.br ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3186-9596

ISSN: 1981-8963 https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a230881p1940-1948-2018

INTRODUÇÃO

Evidenciam-se pela equipe que atua na Estratégia de Saúde da Família imensas dificuldades, dentre estas o cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). No cuidado à pessoa com HAS, é importante que a equipe da ESF participe de processos de construção de conhecimento, assimilando e utilizando inovações, tanto tecnológicas como humanísticas, de forma equilibrada, para que se possa oferecer condições a essas pessoas de desenvolver o autocuidado de maneira mais adequada ao seu contexto sociocultural.[1]

Tal concepção coaduna com os eixos norteadores da ESF, uma vez que a centralidade na pessoa e a busca por uma prática contextualizada culturalmente exigem da equipe da ESF o desenvolvimento de competência cultural, a habilidade em transcender um olhar centrado apenas na doença, o que caracteriza um modelo de atenção pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde, como a Universalidade do acesso, a integralidade, a participação popular e a equidade.[2]

Assim, torna-se imprescindível compreender o significado de cuidado, com vistas a contribuir para mudanças que possibilitem sair do modelo centrado na doença e baseado na demanda espontânea para um Modelo de Atenção Integral à Saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos de complicações.

Para tanto, faz-se necessária a apropriação de teorias para fundamentar o processo de trabalho no campo da saúde. Optou-se pela análise da *práxis* de uma equipe ESF no planejamento de ações voltadas à promoção da saúde de pessoas com HAS, a abordagem histórico-cultural de Lev Vigotski.[3]

A abordagem histórico-cultural de Vigotski possui como foco a busca por novas formas de compreensão da mente humana, a partir do contexto histórico-social, visando desencadear um processo de mudança. Essa mudança é possível, tendo em vista que na interação entre dois elementos a síntese não é a soma ou a justaposição dos dois, mas consiste na construção de algo original e inédito, em um processo de transformação que gera novos fenômenos.[4] Assim, os princípios de Vigotski contribuem para o campo da saúde ao privilegiar a interação e a relação dialógica entre profissionais e clientela, o que corrobora para a construção de novos modos de pensar e de agir nos serviços de saúde.

A literatura científica reitera a necessidade de estudos que permitam entender e intervir na atenção primária à saúde no sentido de promover uma mudança no modelo de atenção à saúde.[5] Nessa perspectiva, as ações de educação em saúde tornam-se um importante aliado para fortalecer um cuidado sistêmico, proativo e de valorização das questões subjetivas que visam à construção da autonomia e da responsabilidade das pessoas no cuidado com a sua saúde e de toda a comunidade por meio da transformação dos saberes. [6, 7]

Entretanto, apesar do interesse crescente das pesquisas para se compreender a construção cultural do processo saúde/doença e as práticas exitosas no setor saúde, [8] ainda se fazem necessários estudos inovadores que possam efetivamente promover uma mudança em relação ao cuidado prestado pela equipe ESF, de modo a avançar e a romper com o paradigma da medicalização[9].

Salienta-se que a ressignificação do cuidado possibilitará o aprimoramento e o desenvolvimento de ações cada vez mais criativas e efetivas no controle da HAS, as quais são mudanças que possibilitam sair de uma lógica operada por processos de medicalização da existência e da vida individual e coletiva para uma lógica pautada no acolhimento por meio da escuta e do diálogo, estabelecendo um compromisso e um vínculo, o que estimula as práticas mais integradas, assinaladas pela intersetorialidade e por interdisciplinaridade[10]

OBJETIVO

- Analisar a ressignificação do cuidado realizado por uma equipe de ESF às pessoas com HAS na perspectiva histórico-cultural.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado com uma equipe de uma ESF do sul do estado de Minas Gerais, Brasil. A unidade ESF é constituída por sete microáreas adstritas, que são divididas por ruas, de acordo com sua proximidade. Todos os membros da equipe da ESF, os quais atuam na referida unidade de ESF que prestam cuidado às pessoas com HAS, elegeram-se para participar do estudo, sendo este o critério de inclusão.

A equipe ESF é constituída por 14 pessoas: um enfermeiro, um dentista, um nutricionista, um assistente social, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, seis agentes de saúde, um técnico em enfermagem e um auxiliar de farmácia.

A coleta de dados realizou-se no período de março a abril de 2015, iniciando-se com a

caracterização dos participantes, por meio de um roteiro previamente elaborado pelas pesquisadoras, contendo questões como idade, sexo, escolaridade, cargo que ocupa na equipe, estado civil e crença religiosa.

A pesquisa foi dividida em cinco fases. A primeira fase tinha por objetivo levantar os problemas relacionados ao cuidado que a equipe tem oferecido às pessoas com HAS. A segunda fase visou realizar a priorização desses problemas, bem como a sua definição; na terceira, o objetivo foi descrever e explicar os problemas e selecionar os nós críticos; na quarta fase, buscou-se realizar o desenho das operações e a identificação dos recursos críticos; por fim, na quinta fase, realizou-se a análise da viabilidade, a elaboração e a gestão do plano. Cada fase seguiu o referencial proposto por Campos e colaboradores.[11]

Para a coleta dos dados, utilizou-se na primeira fase a técnica do grupo focal, que tem sido utilizada em diversos estudos[12-13], e nas fases subsequentes o grupo operativo[14] registrou-se por meio de gravador digital. O grupo focal é uma técnica de pesquisa que possibilita a obtenção de dados de natureza qualitativa por meio de sessões grupais em que seis a 15 pessoas compartilham características em comum e discutem diversos aspectos de um tema específico.[14] O objetivo é desenvolver ideias, obter *insights*, compreender diferentes perspectivas e indagações, em um ambiente aberto e rico em aprendizado.[14] No grupo focal, utilizou-se como disparador a seguinte questão norteadora: "Como tem sido o atendimento oferecido pela unidade às pessoas com hipertensão arterial sistêmica?".

O grupo operativo foi elaborado na década de 1940, por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, que definiu o grupo como um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interatuando em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. O grupo se põe como uma rede de relações com base em vínculos entre cada componente e todo o grupo com vínculos interpessoais entre os participantes.[14]

Após cada encontro, as pesquisadoras e a observadora silente se reuniam para análise do trabalho realizado, sendo que a observadora silente é uma figura fundamental no enquadre pichoniano, pois registra, além das falas dos participantes, os vetores grupais, as expressões corporais e outras informações que permitem a análise do movimento grupal.[14]

Houve dois movimentos de análise: um que foi se dando ao longo dos grupos operativos, seguindo os dez passos do planejamento e da avaliação das ações em saúde [11] que foram apresentadas e discutidas entre os participantes. O segundo movimento se fez após o término do trabalho com a equipe, por meio da análise de conteúdo das transcrições das falas, fundamentada na abordagem histórico-cultural [3]. O primeiro movimento resultou em propostas e em implementação de ações grupais, desenvolvidas pelos integrantes da equipe, tais como "Bate papo saudável", "Alimentação saudável", "Grupo de Combate de tabagismo" e "Grupo de atividade física". O segundo movimento é o foco do presente artigo. Na Figura 1, apresenta-se o resumo dos procedimentos metodológicos adotados na coleta, organização e análise dos dados.

Fase	Participantes	Técnica empregada	Instrumentos/Recursos	Etapas do plano de ação (Campos, 2010)
1	12 pessoas - Enfermeiro, Assistente Social, Dentista, Nutricionista, Fonoaudiólogo, ACS, Técnico de enfermagem, Atendente de farmácia	Grupo Focal	Gravador digital, lista de tópicos para nortear as discussões	**1 - Definição dos problemas:** possibilita produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema, ou seja, o diagnóstico situacional que consiste em compreender o processo de causação de um problema.
2	13 pessoas - Enfermeiro, Assistente Social, Dentista, Nutricionista, Fonoaudióloga, ACS, Técnico de enfermagem, Atendente de farmácia	Grupo Operativo	Gravador digital, cartaz com descrição dos problemas obtidos no grupo focal	**2 - Priorização dos problemas:** consiste na seleção dos problemas principais a serem resolvidos, considerando sua a importância, urgência, e a capacidade de enfrentamento da equipe.
3	14 pessoas Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente social, Dentista, Nutricionista, Fonoaudiólogo, ACS, Técnico de enfermagem, Atendente de farmácia	Grupo Operativo	Gravador digital, cartaz com a listagem dos problemas prioritários, com a explicação e a descrição destes problemas	**3 - Descrição dos problemas:** consiste na compreensão ou explicação de cada problema, ou seja, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor. **4 - Explicação dos problemas:** tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas. **5 - Seleção dos nós críticos:** representa um tipo de causa de um problema que, quando enfrentada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.
4	14 pessoas - Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente social, Dentista, Nutricionista, Fonoaudiólogo, ACS, Técnico de enfermagem, Atendente de farmácia	Grupo Operativo	Gravador digital, cartaz com desenho das operações e a identificação dos recursos críticos	**6 - Desenho das operações:** pode ser sintetizado por meio das seguintes etapas: descrição das operações para a solução das causas selecionadas como "nós críticos"; identificação dos produtos e resultados para cada operação elaborada; identificação dos recursos necessários para o desenvolvimento das operações. **7 - Identificação dos recursos críticos:** consiste na identificação dos materiais indispensáveis para a execução de uma operação.
5	13 pessoas Enfermeiro, Assistente Social, Dentista, Nutricionista, Fonoaudiólogo, ACS, Técnico de enfermagem, Atendente de farmácia	Grupo Operativo	Gravador digital, Projetor de mesa e notebook	**8 - Análise da viabilidade do plano:** pode ser compreendia pelas seguintes etapas: identificação dos atores que controlam os recursos críticos utilizados para implementação de cada operação; análise da motivação desse atores em relação aos objetivos a serem alcançados pelo plano; e desenho das ações estratégicas para motivar os atores e desenvolver a viabilidade da operação. **9 - Elaboração do plano operativo:** a principal finalidade dessa etapa é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações que serão implementadas. **10 - Gestão do plano:** consiste basicamente em desenhar um modelo de gerenciamento do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e os demais instrumentos.

Figura 1. Resumo dos procedimentos metodológicos adotados na coleta, na organização e n análise dos dados. Alfenas (MG), Brasil, 2015.

.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas sob o número CAEE: 41227215.2.0000.5142. Ao participante, solicitou-se a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa. Identificaram-se os participantes por nomes fictícios, de forma a preservar o seu anonimato.

RESULTADOS

No que concerne à caracterização, 14 participantes eram do sexo feminino, com idade entre 27 e 54 anos; seis possuíam ensino superior e oito ensino médio completo; onze relataram ser católicos, um evangélico e dois responderam que acreditam em Deus; sete eram casados, cinco solteiros, um divorciado e uma união estável; seis eram agentes comunitários, um técnico de enfermagem, um auxiliar de farmácia, um enfermeiro, um dentista, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma assistente social.

Após a leitura dos dados obtidos no GF e no grupo operativo, organizaram-se os temas de acordo com os seguintes princípios de Vigotski: dialogicidade, mediação, interação, significado, aprendizado, desenvolvimento e transformação. Tais resultados permitiram uma análise sobre a ação transformadora e a ressignificação do cuidado às pessoas com HAS entre a equipe, bem como a contribuição da abordagem histórico-cultural para o campo da saúde.

♦ Estratégia de Saúde da Família: espaço vivo para a relação dialógica

Os participantes ressaltaram a importância da dialogicidade como ação transformadora, o que se evidencia na fala a seguir:

> *O espaço para o diálogo [...] já estamos fazendo aqui, pode permanecer.* (Vanessa-Assistente social)
>
> *[...] mas eu acho que é importante a gente fazer [reunião], tinha um dia certinho para reunião sabe, igual tinha antes, vocês lembram [...].* (Daniela-Enfermeira)

O retorno das reuniões mencionada por Daniela, assim como em outras falas, evidencia a importância de um espaço para o diálogo, assim como da equipe para a concretização, para a qualidade e para a efetividade do cuidado prestado, devendo o mesmo ser oferecido de forma integral:

> *E era obrigatório na outra gestão ter esse dia [...] na quinta à tarde, era reunião em todas as unidades, em todas as ESF.* (Paula-Agente de saúde)
>
> *Era para ter reunião, e era muito importante porque tem um problema que às vezes a equipe não está sabendo e sempre surge uma ideia.* (Cátia-Dentista)

As falas indicaram também um certo desapontamento em relação ao momento atual, o que se permeia por um contexto de instabilidade, de desânimo, de desmotivação, de falta de integração da equipe, o que, por sua vez, gera um sentimento de desvalorização e de insatisfação. Esse contexto se justifica pela mudança na gestão da saúde com previsão de demissão da maioria dos trabalhadores pela necessidade de abertura de concurso público.

A relevância da dialogicidade não se aplica apenas entre a equipe, mas há o reconhecimento de que as pessoas com HAS precisam encontrar na equipe espaço para apresentar seus problemas, suas angústias, como se pode observar na fala a seguir:

> *Exatamente, é que a pessoa vem e conta aquela história da maritaca que está fazendo arte [...] ele [o médico] dá atenção, ele é muito humilde [...] ele acolhe.* (Paula - Agente de saúde)

A escuta qualificada e a relação dialógica entre profissionais de saúde e as pessoas com HAS permitem a construção da autonomia e da responsabilidade para o cuidado e para o autocuidado com a saúde por meio da transformação dos saberes.

♦ O papel do pesquisador e da equipe como mediadores nas interações

Observou-se a relevância do pesquisador como mediador no processo de ressignificação do cuidado, estando receptivo, mostrando preocupação e envolvimento com o processo de trabalho da equipe, conforme demonstrado na fala apresentada a seguir:

> *A gente vai começar essa conversa, este bate papo, algo que é bem informal, é algo para a gente se conhecer realmente, e eu gostaria de começar essa conversa com uma pergunta [...] como tem sido o atendimento que a equipe tem oferecido às pessoas com hipertensão arterial sistêmica?* (Pesquisador)

Após a pergunta, observou-se um profundo silêncio e apreensão entre os integrantes da equipe. Entretanto, um participante, que estava com os braços cruzados, começou a falar de forma tímida, mas aos poucos expôs seu ponto de vista e sugestões de forma clara e fluente. Percebeu-se que sua fala atuou como um disparador para os demais integrantes do grupo.

♦ Significados atribuídos ao modelo assistencial

Quanto ao significado do modelo assistencial para a reorganização do SUS e do Programa de Saúde da Família, os dados apontam para o modelo biomédico porque

para os participantes ele é capaz de atender às necessidades das pessoas.

> *[....] a secretaria de saúde poderia ajudar colocando um ginecologista aqui, nossa é um sonho. Porque ia ter mais vagas para atender mais pessoas da ESF [...]* (Cíntia-agente de saúde). *Ginecologista não vai colocar porque a intenção deles é tirar até o pediatra [...] porque eles [gestores] acham [...] que não é a portaria da ESF [....].* (Daniela-enfermeira)
>
> *É que o médico resolva tudo aqui entendeu [...] não tem especialista dentro na ESF [...] eles [gestores] estão cogitando tirar até a pediatra, até hoje ainda não tiraram não [...].* (Daniela-enfermeira)
>
> *Até a questão de encaminhamento para especialidades, eles pegam no pé para reduzir, porque tem que resolver aqui sem utilizar outro método [...].* (Jeane-técnica de enfermagem)

Por outro lado, há aqueles que entendem que o modelo assistencial está relacionado à promoção da saúde e à prevenção. No entanto, há dificuldade na sua implementação no processo de trabalho, tendo em vista que o modelo tecnoassistencial ainda permeia a concepção das pessoas que buscam pelo atendimento.

> *A atenção primária trabalha com prevenção e orientação, não com consulta individual, geralmente é grupo e coletivo. A gente reúne, tem um grupo de hipertensão em outra ESF já formado [...] mas eles [os usuários] já querem o tratamento, entendeu? É difícil a gente trabalhar em grupo, eles [os usuários] não aceitam [...].* (Greice-nutricionista)
>
> *Isso já vem um pouco da cultura.* (Vanessa-assistente social)

Mesmo diante dessa dificuldade, os participantes reiteraram a importância da implementação de ações coletivas e de promoção à saúde em detrimento do modelo curativista.

Salientaram, ainda, essa mudança de concepção também entre as pessoas que buscam pelo atendimento, o que aponta para a ressignificação da concepção de cuidado.

> *É importante a prevenção, a manutenção da saúde [...] faz nove anos que eu trabalho na ESF, eu vejo que existe sim uma melhora, que mais gente aderiu, mas é muito devagar.* (Cátia-dentista)

Nesse sentido, o cuidado foi um processo construído de forma gradual e coletivamente, observado, não apenas nas discussões do grupo operativo, mas, sobretudo, nas propostas de ações em saúde que foram aos poucos sendo incorporadas ao processo de trabalho.

Desse modo, o cuidado passa a ser visto não mais como um modelo centrado na doença, mas, sim, na pessoa e no estabelecimento de vínculo.

> *Eu acho que o mais importante de tudo [...] nessa sala de espera [uma das ações propostas e executadas pelo grupo operativo] não é esclarecer as coisas, é criar o vínculo com a população porque é nessa hora que se cria o vínculo, principalmente quando são os próprios profissionais da unidade. Por exemplo, às vezes, estou sem paciente, e vou até na sala [sala de espera], e fico batendo um papinho com eles [...].* (Cátia-dentista)

A fala de Cátia revela que as ações em saúde desenvolvidas em sala de espera constituem espaços privilegiados para o estabelecimento de vínculo e de acolhimento, refletindo a ressignificação do trabalho da equipe e as mudanças ocorridas no atendimento à população com HAS.

DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar a ressignificação do cuidado realizado por uma equipe de ESF às pessoas com HAS na perspectiva histórico-cultural, constatou-se que a ESF constitui um espaço vivo e que propicia a dialogicidade, a oportunidade de as pessoas compartilharem seus problemas, angústias e encontrar suporte no profissional de saúde porque a escuta e acolhimento permeiam o processo de trabalho. Vigotski desenvolveu uma concepção original da psicologia e do desenvolvimento dos processos psicológicos superiores, que sustentam as teorias atuais em diversos países[15]; nessa concepção, o diálogo aproxima os interlocutores do assunto e entre si, o que, por sua vez, permite uma série de abreviações na linguagem falada e, em determinadas situações, cria juízos puramente predicativos. O diálogo pressupõe a percepção visual do interlocutor, de sua mímica e de seus gestos, assim como a percepção acústica de todo o aspecto entonacional da fala. É por meio da linguagem que o homem efetivamente concretiza o diálogo. [16]Por meio do diálogo e da conversa, os planos são elaborados, em conjunto, para cada família, definindo mais claramente o fazer de cada profissional em relação ao caso. Nessa hora em que os trabalhadores se reúnem para conversar, podemos visualizar, com mais intensidade, os processos grupais, que podem funcionar como um instrumento de enfrentamento e de superação de estereótipos, de conflitos e de problemas emergentes. [17]

Observou-se que o processo mediado pela linguagem desencadeia a interiorização do construído, assim como a exteriorização, por meio das palavras, das ações e das mudanças de comportamento. [4] A equipe deve dar

atenção, ouvir, saber compreender os atos do outro a fim de organizar as ações que deverão ser realizadas no cuidado às pessoas com HAS.

Com base nos princípios de Vigotski, evidenciou-se também que, à medida que transcorrem as atividades, as interações sociais vão se ampliando, de forma que o diálogo e a participação acontecem espontaneamente. Os membros da equipe passam a interagir com os pesquisadores e a reflexão torna-se presente em cada integrante do grupo, na busca por uma solução para as questões levantadas. Os encontros constituíram momentos ímpares para tornar públicos alguns ruídos relacionados ao processo de trabalho entre os membros da equipe, que geravam insatisfações e conflitos.

Vigotski [3] trata esse conceito de mediação na interação homem-ambiente pelo uso de instrumentos e de signos. Os sistemas de signos (a linguagem, a escrita, o sistema de números), assim como os instrumentos, desenvolvem-se nas sociedades ao longo do curso da história humana e mudam a forma social e o nível de seu desenvolvimento cultural. Vigotski acreditava que a internalização dos sistemas de signos produzidos culturalmente provoca transformações comportamentais e estabelece um elo entre as formas iniciais e tardias do desenvolvimento individual.[18] Assim, a interação possibilitada pela linguagem é o que possibilita o avanço social, o que se aplica na melhor organização das ações que deverão ser realizadas pela equipe no cuidado às pessoas com HAS.

A interação mediada pelo outro, pesquisador e equipe foram fundamentais para a ressignificação do cuidado entre os trabalhadores em saúde porque provocou a necessidade de repensar os princípios da ESF e sua atuação junto às pessoas com HAS. Percebe-se na fala de Greice a incorporação ideológica dos princípios da reforma sanitária e da Carta de Ottawa, que trata de uma carta de intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.[19] Menciona, ainda, a dificuldade em implementar esse modelo porque a própria população não compreende os princípios propostos pela reforma sanitária. Vanessa busca justificativa para a dificuldade de implantação do modelo de assistência à dimensão cultural das pessoas atendidas na ESF. O modelo assistencial não deve ser entendido apenas como o desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações assistenciais.[9]

A partir desse entendimento, percebeu-se que a interação com o outro permitiu aos participantes a reelaboração de significados para as ações assistenciais e, com isso, a ressignificação do cuidado.

O significado e o sentido das ações realizadas pelos trabalhadores se revelam por meio da palavra, ou seja, a consciência que o homem apresenta em relação às ações que executa se mostra por intermédio do que tais ações representam para ele, como ela compreende as modificações que essa palavra articula em sua vida. Tudo isso possui um reflexo em suas relações objetivas, no desempenho dessa atividade ou, ainda, na significação dessa atividade, algo que se processa em sua vida.[20]

No presente estudo, percebe-se que a concepção de cuidado se pautava no predomínio de um sistema fragmentado, caracterizado pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção à saúde e o foco de atenção nos serviços especializados; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico. [21, 9]

Nesse sentido, o estudo salienta que o SUS possibilita um novo sentido à saúde como bem-social, com primazia nas ações de promoção à saúde e de intervenção comunitário-coletiva. [22] Nessa vertente, percebe-se que os trabalhadores da ESF, após discussões e reflexões, conseguiram vislumbrar o real sentido da ESF com ações emancipatórias e transformadoras no sentido social a fim de vencer os obstáculos impostos pelo modelo hegemônico, com ações meramente curativas e pautadas no modelo biomédico.

No decorrer dos encontros, percebeu-se a reelaboração do significado de cuidado entre os trabalhadores em saúde, do cuidado centrado na doença para o cuidado centrado na pessoa, com proposta de ações que privilegiam as conversações dialógicas.

Constatou-se que os encontros foram fundamentais para motivar os trabalhadores a encontrar, em sua criatividade e potencialidade, a capacidade de tornar o processo de trabalho mais participativo e reflexivo, com possibilidades de atender às necessidades das pessoas com HAS.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa, que se desenvolveu fundamentada na abordagem histórico-cultural, permitiu analisar a construção coletiva de um planejamento estratégico e a relação interpessoal da equipe da unidade de

estratégia de saúde da família como ação transformadora e a ressignificação do cuidado realizado por essa equipe junto às pessoas com HAS.

A visão de mundo centrada na doença e nas consultas médicas foi aos poucos sendo substituída por uma visão pautada na prevenção e na promoção da saúde, com propostas e implementação de ações grupais, desenvolvidas pelos integrantes da equipe, tais como "Bate papo saudável", "Alimentação saudável", "Grupo de Combate de tabagismo" e "Grupo de atividade física". Essas ações poderão contribuir para mudanças no estilo de vida entre as pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

A utilização do grupo operativo estimulou a visão crítica e permitiu o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem que valorizaram a reflexão sobre as situações propostas, desencadeando a busca de soluções para os problemas levantados.

REFERÊNCIAS

1. Fava SMCL, Zago MMF, Nogueira MS, Dazio EMR. The experience of the illness and of the treatment for the person with systemic arterial hypertension: an ethnographic study. Rev Latinoam Enferm[Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Dec 26];21(5):1022-9.Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000501022&script=sci_arttext&tlng=es

2. Heidemann ITSB, Costa MFBNA, Hermida PMV, Marçal CCB, Cypriano CC. Primary care information system: potential for health promotion. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 May 25];28(2): 152-9. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500026

3. Esteban-Guitart M. The biosocial foundation of the early Vygotsky: Educational psychology before the zone of proximal development. Hist Psychol [Internet]. 2018 [cited 2018 May 25]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29756793

4.Thofehrn MB, Leopardi MT. Construtivismo sócio-histórico de Vygostky e a enfermagem. Rev Bras Enferm[Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 26];59:694-8. Available from: http://www.redalyc.org/html/2670/267019619019/

5. Santos DS, Tenório EA, Brêda MZ, Mishima SM. The health-disease process and the family health strategy: the user's perspective. Rev Latinoam Enferm [Internet].2014 [cited 2018 May 25];22:918-25. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309225/

6. Roecker S, Silva Marcon S. Educação em saúde: Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Invest Educ Enferm[Internet]. 2011 [cited 2018 May 25];29:381-90. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

7. Oliveira DL. 'New'public health and health promotion via education: between tradition and innovation. Rev Latinoam Enferm[Internet]. 2005 [cited 2018 May 25];13(3):423-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300018&script=sci_arttext

8. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. Rev Saude Publica[Internet]. 2014 [cited 2018 May 25];48:76-85. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102014000100076&script=sci_abstract&tlng=pt

9. Fertonani HP, Pires DEPD, Biff D, Scherer MDDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cienc Saude Colet[Internet]. 2015 [cited 2018 May 25]; 20:1869-78. Available from: https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/

10. Santos DDS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Cienc Saude Colet[Internet]. 2015 [cited 2018 May 25]; 23:861-70. Available from: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/

11.Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed [Internet]. 2010. [cited 2018 May 25]:1-110. Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf

12. Sehnem GD, Alves CN, Wilhelm LA, Ressel LB. Focal group utilization as data gathering technic to researches: experience report. Cienc Cuid Saúde [Internet].2015 [cited 2018 May 25];14(2):1194-200. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Camila_Neumaier_Alves/publication/281430036_bUtilizacao_do_grupo_focal_como_tecnica_de_coleta_de_dados_em_pesquisas_relato_de_exp

erienciaFocal_group_utilization_as_data_gathering_technic_to_researches_experience_reportb/links/568d537d08aeaa1481ae4b74/bUtilizacao-do-grupo-focal-como-tecnica-de-coleta-de-dados-em-pesquisas-relato-de-experiencia-Focal-group-utilization-as-data-gathering-technic-to-researches-experience-reportb.pdf

13. Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR. A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: relato de experiência. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 May 25];20. Available from: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1076

14. Pichon-Revieri. O processo grupal. 8 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2009.

15. Derouesné C. Lev Semenovich Vygotsky (1896-1924): an introduction to the historico-cultural psychology and the development of the higher psychological processes. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil [Internet]. 2017 [cited 2018 May 25];15(3):295-307. Available from: http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/lev_semionovitch_vygotski_1896_1924_une_introduction_a_la_psychologie_historico_culturelle_et_au_developpement_des_fonctions_psychiques_superieures_310302/article.phtml

16. Vigotski L. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

17. Lucchese R, Calixto BS, Vera I, Inocêncio de Paula N , Veronesi CL, Fernandes CNS. O ensino de práticas grupais em enfermagem norteado pelo referencial de Pichon-Rivière. Esc Anna Nery Ver Enferma [Internet]. 2015 [cited 2018 May 25]; 19(2). Available from: http://www.redalyc.org/html/1277/127739655002/

18. Fava SMCL, Nunes ZB, Gonçalves MFC, Nogueira MS. Health education and treatment adherence in the historical cultural. Health & Social Change[Internet]. 2011 [cited 2018 May 25];2(3):81-7. Available from: file:///C:/Users/Patricia/Downloads/1065-4501-3-PB.pdf

19. Malta D, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Rev bras ativ fis saúde[Internet]. 2014 [cited 2018 May 25];19(3):286.Available from: http://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/3427

20. Marques ESA, Carvalho MVC. Prática educativa bem-sucedida na escola: reflexões com base em L. S. Vigotski e Baruch de Espinosa. Rev bras Educ [Internet]. 2017 [cited 2018 May 25]; 22(71):e227169. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782017000400221&script=sci_abstract&tlng=pt

21. Sousa FDOS, Medeiros KRD, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PCD. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciênc e saúde colet [Internet]. 2014 [cited 2018 May 25];19:1283-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401283&script=sci_abstract&tlng=pt

22.Stein-Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A, Salazar-Maya AM. Significado da prática social do enfermeiro com e a partir do Sistema Único de Saúde brasileiro. Aquichan[Internet]. 2014 [cited 2018 May 25];14(4)>560-70. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Submissão: 15/11/2017
Aceito: 29/05/2018
Publicado: 01/07/2018

Correspondência

Patrícia Costa dos Santos da Silva.
Rua Pará, 1720
Bairro Umuarama
CEP: 38400-902 – Uberlândia (MG), Brasil