



# Ações de Promoção à Saúde em Sala de Espera: Contribuições da Psicologia

## Promoting Health in Waiting Rooms: Psychology Contributions

### Ações de Promoção à Saúde em Sala de Espera

Ana Paula Sesti Becker<sup>1</sup>, Natália Lorenzetti da Rocha<sup>2</sup>

---

#### Resumo

Este artigo descreve um relato de experiência desenvolvido em grupos de sala de espera na Rede Feminina de Combate ao Câncer. O trabalho do psicólogo nas instituições de saúde, e nas salas de espera, possibilita a efetividade da promoção e educação em saúde, sendo assim, o objetivo é apresentar o relato dessa experiência, com vistas à relevância de trabalhos em instituições que priorizam a compreensão integral de saúde e a reflexão de intervenções nesses contextos. Utilizou-se técnicas de dinâmicas de grupo e, posteriormente, prosseguiu-se ao registro do diário de campo. Constata-se que a intervenção realizada possibilitou um espaço de acolhimento e de troca de vivências sobre práticas de saúde. A intervenção com grupos em sala de espera contribuiu à reflexão acerca dos significados e modos de cuidado, para o exercício profissional da Psicologia e para a melhor qualidade dos serviços prestados nas iniciativas em políticas públicas.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde. Sala de espera. Promoção à saúde. Educação em saúde. Grupos.

#### Abstract

This article describes an experience report developed with waiting room groups in the Rede Feminina de Combate ao Câncer. The psychologist work in health institutions and in the waiting rooms of these sites makes effective promotion and health education. Therefore, the aim is to present an account of this experience with a view to the importance of work in institutions that prioritize full understanding of health and reflection interventions in these contexts. Techniques of group dynamics were used and, later, the field diary was followed. It is observed that the intervention made possible a space of reception and exchange of experiences on health practices. The intervention with groups in the waiting room contributed to the reflection about the meanings and modes of care, for the professional practice of Psychology and for the better quality of the services provided within the initiatives in public policies.

**Keywords:** Health Psychology. Waiting room. Health promotion. Health education. Groups.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. E-mail: [anapaulabecker.psicologia@gmail.com](mailto:anapaulabecker.psicologia@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. E-mail: [natalialorenzettirocha@gmail.com](mailto:natalialorenzettirocha@gmail.com)

Com o advento de incentivos governamentais no cenário nacional, especialmente de Programas voltados ao Combate de Câncer de Colo Uterino, verifica-se que a cobertura do exame preventivo esteja aumentando gradativamente; todavia, ainda se constata a baixa adesão do preventivo na população feminina (Oliveira, Silva, Brito & Coimbra, 2006). Percebe-se, assim, que muitas mulheres apresentam certa resistência e acabam por não recorrer à prevenção de neoplasias. Alguns fatores que podem estar relacionados ao baixo impacto do exame referem-se ao desconhecimento sobre o preventivo e o próprio corpo, como também a vergonha de se expor e o receio ante os procedimentos do exame (Peretto, Drehmer & Bello, 2012). Em vista disso, torna-se essencial pensar em locais que recebam o público feminino e proporcionem um espaço de escuta, informação e acolhimento. A sala de espera entra nesse contexto como uma estratégia possível, já que não é vista pelos usuários como o lugar no qual determinado profissional é protagonista. Assim, abre-se espaço para que os sujeitos se expressem e se comuniquem por meio das suas mais variadas formas de ser e estar no mundo (Teixeira & Veloso, 2006).

A importância desse território em instituições de saúde já foi contemplada em alguns estudos, como no estudo de Rodrigues, Dallanora, Rosa e Germani (2009), os quais apontam que a sala de espera pode ser capaz de amenizar o desgaste físico e emocional associado à expectativa pelo atendimento, o que possibilita a diminuição da ansiedade, da angústia e da tensão diante dos procedimentos de saúde inerentes. Ademais, tais autores abordam a sala de espera como um meio para garantir um cuidado

humanizado utilizando práticas de educação, prevenção de doenças e promoção de saúde. Teixeira e Veloso (2006) defendem as ações na sala de espera como uma forma de desterritorializar os técnicos da área, de modo que estes passem a interagir de outras formas com o usuário. Já Veríssimo e Valle (2006) discorrem sobre a importância da troca de experiências entre usuários e técnicos, fazendo com que o conhecimento popular se incorpore aos saberes científicos.

Possibilitar a vivência por meio de intervenções coletivas em práticas de saúde, tais como o trabalho em grupo, pode se tornar estratégias possíveis pelo caráter dinâmico da sala de espera. Não obstante, ações nesse local proporcionam aos usuários e profissionais o avanço de um nível individual e centralizador para outro, grupal, o qual repercutirá no âmbito social. As ações de grupos interdisciplinares no contexto da saúde pública são estratégias que podem oportunizar o intercâmbio de saberes, metodologias e esquemas conceituais entre as áreas de atuação (Paixão & Castro, 2006; Teixeira & Veloso, 2006).

A respeito do aporte epistemológico do trabalho em salas de espera, cabe ressaltar que ele se fundamenta em um conceito de saúde ampliado que considera a saúde mental e a saúde física de modo integrado, visto que ambas formam um todo. Assim, a saúde é compreendida como um processo dinâmico no qual aspectos biológicos e psicológicos interagem ininterruptamente (Martins-Borges & Pocreau, 2012). O conceito de saúde mental apontado pela Organização Mundial da Saúde também reflete a impossibilidade de separação de ambas, pois ressalta que a saúde mental equivale a um estado

de bem-estar, no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades e pode lidar com os estresses normais da vida, sendo capaz de trabalhar produtivamente e estar apto a contribuir com sua comunidade (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Essas concepções passaram a imperar há algumas décadas, mais precisamente após as discussões de 1960, o que legitimou a prática em saúde a partir da valorização da qualidade de vida das pessoas em detrimento das orientações centradas somente no controle da doença. A Psicologia da Saúde surgiu durante esse momento com vistas a constituir-se como uma área de intervenção da ciência psicológica em instituições de saúde (Fischer & Tarquínio, 2002).

Adentrar o terreno dos processos que influenciam a saúde, implica em conhecer a pessoa em sua integralidade e em diversos âmbitos: afetivo, familiar, social, histórico, cultural, entre outros. A Psicologia, mediante seu conhecimento e sua proposta de compreensão global do sujeito, tem capacidade para atuar na prevenção de doenças, no tratamento, na promoção de saúde, na educação e em diversas outras ações propostas nas instituições. A ênfase da Psicologia da Saúde se adjetiva principalmente por ser multiplicadora e tornar a própria pessoa capaz de ser o agente de transformação em sua comunidade, com a disseminação de conhecimentos, práticas, entre outras (Castro & Bornholdt, 2004).

Pelo caráter interdisciplinar e multiprofissional que as ações em saúde podem e devem ser realizadas em salas de espera, a inserção da Psicologia mostra-se de grande relevância. Dessa maneira, o psicólogo interessa-se pelas formas de comunicação e transmissão

das informações entre usuários e funcionários, contribuindo para a compreensão da “responsabilidade de cada indivíduo em assegurar seu próprio bem-estar” (Martins-Borges & Pocreau, 2012, p. 579). A Psicologia da Saúde se alicerça na promoção e na educação, intervindo no âmbito social e diretamente no cotidiano das pessoas com a finalidade de prevenir possíveis riscos ou problemas de saúde. Sob esse panorama, este trabalho se fundamenta na perspectiva de que os usuários sejam protagonistas de sua própria qualidade de vida (Castro & Bornholdt, 2004).

No tocante à educação em saúde em salas de espera, destacam-se as técnicas de dinâmica de grupos que podem ser formas oportunas de compartilhar conhecimentos e comunicar-se por meio do aspecto lúdico. As dinâmicas proporcionam, ainda, que os participantes entrem em contato com sentimentos diversos, de modo que muitas ressignificações sejam possíveis a partir da técnica. Ressalta-se a importância de o profissional que se propõe a estar nesse contexto mediar determinada técnica, adotando uma linguagem simples em tom de um diálogo circular e dinâmico, com o propósito de anular ações que se assemelhem a uma palestra, por exemplo (Teixeira & Veloso, 2006).

Para que o trabalho de educação em saúde ocorra, é necessário, ainda, o reconhecimento da realidade do sujeito, bem como seus entendimentos, representações e formas populares de cuidado. Deve-se “perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere” (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007, p. 336). O processo de educação em saúde

precisa estimular as pessoas para a responsabilidade do autocuidado, a fim de compreender que certas situações podem ser prevenidas sem ter a necessidade de buscar um atendimento especializado (Rodrigues *et al.*, 2009).

Conforme o estudo de Santos, Ros, Crepaldi e Ramos (2006) quanto às práticas de grupos de promoção à saúde, é importante distinguir as ações grupais preventivistas das ações de promoção que transcendem as metodologias preventivas. A primeira atua na prevenção e/ou retardamento das doenças, por meio do modelo biomédico, o qual prescreve comportamentos cuja prática responsabiliza fundamentalmente os indivíduos pelo quadro clínico. Já a segunda perspectiva pauta-se no deslocamento do foco do doente para a minimização das doenças desnecessárias ou evitáveis no contexto humano. Assim, toma-se como mediatrix a noção de que promover a saúde não contempla apenas uma resposta reativa à fatalidade da doença, mas como um objetivo a ser alcançado pela saúde pública e demais atores sociais. A partir do trabalho do psicólogo da saúde, assim como da articulação com outros profissionais presentes nesses contextos, é possível pensar em uma metodologia participativa de intervenção com vistas ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (Castro & Lefèvre, 2006).

Tendo como referência tais fundamentos, verificou-se a demanda de ações interdisciplinares sob o enfoque de um grupo de sala de espera na Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) em um município do litoral catarinense cujas usuárias procuravam essa Rede a fim de realizar exames ginecológicos. Cientes do grande número de mulheres que não realizam o

acompanhamento ginecológico recomendado, assim como a dificuldade que muitas passam nos momentos que antecedem esses exames, as experiências em grupos de espera se tornam eficazes, na medida em que proporcionam um espaço de acolhimento e descontração para essas mulheres. Do mesmo modo, é possível tornar esse campo de atuação um local estratégico para disseminar informações, promover ações de cuidado em saúde e bem-estar e prevenir adoecimentos.

Sendo assim, esse trabalho objetiva refletir sobre práticas em um grupo de sala de espera na RFCC, com vistas à relevância de trabalhos em instituições que priorizam a compreensão integral de saúde. Pretende-se, ainda, que esse relato de experiência contribua para a reflexão de intervenções nesse contexto e impulse mais estudos e práticas em salas de espera a fim de promover, ainda mais, a consolidação da Psicologia da Saúde.

## **Método**

### *Contextualização*

A Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), de abrangência nacional, é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, regida por um Estatuto Social e Regimento Interno que tem como objetivo primordial a prevenção ao câncer de mama e de útero; além disto, visa apoiar ações governamentais que incentivam a promoção da saúde (RFCC, 2008). As atividades realizadas pela RFCC no município do litoral catarinense onde a intervenção ocorreu, contava com uma enfermeira contratada, a qual realizava os exames de colposcopia e biópsias; uma equipe de mulheres voluntárias, as quais auxiliavam no agendamento das consultas e recepcionavam as

usuárias da Rede, e uma estagiária voluntária de Psicologia no período final do curso de graduação. Salienta-se que os exames realizados eram encaminhados para uma clínica especializada em parceria com a Rede, a qual repassava o resultado e o diagnóstico à Instituição.

A proposta de realizar grupos de sala de espera surgiu a partir do Projeto de Extensão Universitário de Psicologia na Rede Feminina. Tendo em vista as grandes filas na recepção de tal local a fim de agendamento, realização e transmissão de resultados de exames, a graduanda de Psicologia propôs e elaborou tal trabalho à coordenadoria da instituição de ensino. O clima de preocupação diante da realização e entrega de exames validou a relevância do trabalho e possibilitou que o projeto tomasse forma na prática por meio de grupos de mulheres na sala de espera.

Os objetivos da intervenção realizada pautaram-se em dispor um espaço de acolhimento e troca de vivências sobre práticas de saúde entre as usuárias, profissionais e voluntárias envolvidas; assim como refletir acerca dos significados e modos de cuidados em saúde, questões relacionadas à autoestima e autoconhecimento, relações familiares e sociais, de acordo com as representações simbólicas e culturais das participantes.

#### *Procedimentos*

Os encontros aconteciam semanalmente com duração média entre 20 e 60 minutos aproximadamente. Como o Projeto ocorria no turno vespertino, dependendo da demanda, era possível a realização de dois a três grupos na sala de espera.

Na 1ª Etapa, *Apresentação do Projeto*, as usuárias da Rede eram esclarecidas quanto aos objetivos do encontro e o modo de participação. Após o aceite, realizava-se o contrato grupal psicológico (Santos *et al.*, 2012) no intuito de assegurar o cuidado ético e apontar o compromisso individual entre as profissionais e usuárias. Na 2ª Fase, *Desenvolvimento*, as mediadoras propuseram que as participantes apresentassem temas do interesse delas, condizentes com a temática Saúde e Qualidade de Vida. As temáticas mais votadas eram abordadas e tinham por finalidade estimular os saberes entre todos os integrantes e compartilhar vivências acerca dos conteúdos abordados. Para melhor visualização das estratégias adotadas, verificar o Quadro 1. Por fim, na 3ª Etapa, *Término*, resgatavam-se os objetivos do encontro com o apontamento dos principais conteúdos discutidos e apresentação de uma proposta de avaliação do Projeto, a partir de relatos orais e dinâmicas de grupo.

Ao fim de cada encontro, eram registradas as informações mais relevantes em relação às condições de vida, relacionamentos familiares e sociais, formas de autocuidado, comportamentos e falas diante de determinadas orientações. Esses dados eram descritos, após observação, em uma espécie de diário de campo. Optou-se por essa forma de registro dado o aspecto fidedigno que o diário de campo oferece a relatos de experiência e por ser uma fonte legítima de informações (Minayo, 2012). Para a análise de dados, recorreu-se à leitura exaustiva desse diário de campo. Os dados foram analisados à luz do Pensamento Sistêmico com o foco na área da Psicologia da Saúde.

Conforme prevê o Ministério da Saúde (2013), o trabalho em grupos interdisciplinares pode ser dividido entre aberto ou fechado. Nesse estágio, realizou-se o trabalho em grupos abertos, uma vez que os participantes variavam, não sendo os mesmos em todos os encontros. Por isso, as mulheres eram convidadas a participar, sem que houvesse a obrigatoriedade de frequência. Aproximadamente 50 mulheres participaram dessa experiência.

Salienta-se que, inicialmente, obteve-se a anuência do projeto de extensão com a

coordenadora da RFCC; após o aceite, o trabalho na Instituição e na comunidade foi divulgado por meio de fôlderes ilustrativos e contato virtual nas páginas do site da Rede. Aderiram-se como técnicas de intervenção, as dinâmicas de grupo de aquecimento, conforme propõe Gonçalves e Perpétuo (1999), e recursos audiovisuais, como o aparelho de som. Para melhor visualização das temáticas e técnicas utilizadas, apresenta-se Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das temáticas e técnicas utilizadas no Projeto

Temáticas	Técnicas utilizadas e objetivos
Autoestima e Autoconhecimento	Técnica do Espelho: “ <i>Espelho, espelho meu...</i> ” Objetivo: Promover reflexões de autoconhecimento e autoestima.
Saúde da Mulher	Técnica da “Batata Quente” Objetivo: Salientar o cuidado em saúde, apontando medidas preventivas ao câncer de mama e de útero.
Família e Ciclo Vital	Técnicas da “Caixa de perguntas” Objetivo: Discutir questões acerca de temas familiares, tais como a conjugalidade e a parentalidade ao longo do ciclo vital da mulher.
Redes Sociais	Técnica da “Teia grupal” e “Mapa de redes” Objetivo: Apontar a relevância das redes sociais para o cuidado em saúde; identificar as redes potenciais das participantes e a função que elas exercem.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para o desenvolvimento das atividades propostas, seguiram-se as recomendações de como trabalhar com grupos interdisciplinares comunitários, as preconizações do Ministério da Saúde (2010) e o trabalho de Teixeira e Veloso (2006), realizado em contexto semelhante. Não obstante, as atividades interdisciplinares contemplaram a presença da enfermeira da instituição, da graduanda em Psicologia e das

voluntárias comunitárias que atuavam em parceria com a RFCC.

#### *Procedimentos éticos*

Por envolver intervenções com seres humanos, este trabalho pautou-se nos procedimentos éticos indicados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466/2012. A

experiência também contou com a aprovação dos órgãos municipais responsáveis.

## Resultados e Discussão

Por se tratar de um grupo aberto, no qual nem sempre as participantes eram as mesmas, optou-se por trabalhar as temáticas de interesse das usuárias, a partir da sugestão das profissionais da Rede, com base no conhecimento *a priori* do contexto selecionado. Desse modo, as participantes votavam no assunto que mais lhes interessavam com base Quadro 1. A seguir, serão descritas as técnicas utilizadas no decorrer dos encontros, bem como as principais discussões suscitadas a partir delas.

A problemática da *autoestima e autoconhecimento* pautou-se em promover um momento para que as mulheres, primeiramente, refletissem acerca de si e, posteriormente, compartilhassem com as outras sobre suas considerações, de modo que fossem se conhecendo e refletindo acerca dos hábitos de cada uma. Para tanto, a estratégia de aquecimento proposta foi a do “Espelho”, a qual funcionava como um desencadeador das questões temáticas. Nessa técnica, o mediador pode trazer uma caixa ou um chapéu e dentro deste, ou daquela coloca um espelho e comunica ao grupo que no interior da caixa, ou chapéu, tem algo de muito valor, sendo fundamental para o alcance da qualidade de vida e da saúde da mulher. Em seguida, é solicitado aos participantes que se acomodem em círculo e passem a caixa para a pessoa que está sentada à sua direita; esta deverá olhar o conteúdo sem pressa, analisando-o e, posteriormente, passar ao colega da direita, até que a caixa tenha estado com todos. O mediador deve esclarecer que no momento em que a caixa está sendo

entregue os demais integrantes não devem emitir opiniões nem mostrar aos outros companheiros. Ao término da atividade, o grupo é convidado a tecer reflexões a fim de relatar quais as sensações e sentimentos que os participantes tiveram ao se contemplar, discutindo as crenças e opiniões que têm sobre si mesmos, de como percebem suas características identitárias e se almejam transformações ou mudanças no que viram. Salienta-se que essa dinâmica de grupo funcionou como um aquecimento para reflexões trazidas pelas profissionais da Rede.

Nessa dinâmica, em síntese, pode-se ressaltar que as participantes destacaram a relação entre amor-próprio, cuidado e bem-estar, conforme verbalização enfatizada, a seguir: “Se eu não me importar em cuidar da minha aparência, da minha saúde, quem vai cuidar? Quem vai me valorizar, se nem eu pensar que sou uma coisa boa?”

Ademais, emergiam ainda crenças construídas sob explicações transgeracionais, do tipo: “Eu acho que sou mais elétrica e ligada no 220v, porque minha mãe sempre foi assim e eu puxei igualzinho a ela [...], mas dar conta de quase tudo e sair nessa maratona, acho que me faz uma mulher competente, acho isso positivo!”

Muitas mencionaram estar cansadas e que o fato de “fazer as tarefas de casa e trabalhar fora” contribuem para a diminuição do tempo, no que concerne ao cuidado e ao conhecimento de si. Relatos como esses eram propulsores de discussões que salientavam o quanto a mulher acabava sendo sobrecarregada com as tarefas diárias. Aqui, foi fundamental a atuação do psicólogo no sentido de refletir com as participantes sobre o significado atribuído às suas práticas cotidianas e profissionais. Foi discutido

sobre a importância de se autovalorizarem e, para tanto, exemplificaram sobre o investimento de reservarem um tempo particular para seus interesses. A partir dessa técnica, foi possível constatar, pelos relatos, que o empoderamento, a autoestima e o autoconhecimento podem constituir-se como recursos pessoais de enfrentamento às adversidades e eventos estressores.

A temática da *Saúde da Mulher* destinou-se a apontar formas de cuidado em saúde, com destaque às medidas preventivas ao câncer de mama e de útero. Utilizou-se a técnica da “Batata quente” para a realização desse encontro. Essa estratégia consistia em perguntas abertas destinadas às participantes. Para tanto, o mediador pode utilizar-se de um aparelho de som e ao iniciar a música deve entregar aos participantes, dispostos em círculo, uma caixa ou plástico, contendo as perguntas temáticas. Assim que a música parar, a pessoa que estiver com a caixa deverá ler em voz alta a pergunta e respondê-la. Se não souber, pode passar a vez.

Destaca-se que após as respostas dadas pelas participantes, a equipe tentava compreender o que era trazido a partir do meio em que aquela pessoa vivia, seus costumes, crenças e saberes acerca da saúde. A partir dessa compreensão, intervinha-se quanto a levantar possíveis formas de cuidado em saúde condizentes com a história e o contexto de vida de cada mulher. Embora as profissionais apresentassem contribuições teóricas oportunas, todas tinham como princípio regulador da prática nesse contexto a integração entre o saber científico e popular, o que refletia na valorização de cada vivência e conhecimento de todas as mulheres.

Outra questão primordial visada com essa dinâmica consistia no fato de tornar essas participantes multiplicadoras do conhecimento. Esperava-se que o que fosse falado no grupo, acerca de cuidados em saúde, seria levado para outros meios a fim de tornar a própria participante uma agente de transformação e disseminação de práticas. Desse modo, esse objetivo converge-se com o que Castro e Bornholdt (2004) considera como um dos principais pontos de atuação do psicólogo da saúde: a capacidade de empoderar os usuários para serem agentes de difusão de conhecimentos e de cuidado, de si e de outros. A atuação diante dessa técnica também reflete o cuidado que o psicólogo e todos os profissionais envolvidos nesse contexto necessitam ter para que não desvalorizem o saber do usuário e sempre o considerem como alguém emaranhado em um contexto histórico, social e político (Machado *et al.*, 2006).

Quanto ao item *Família e Ciclo Vital*, as intervenções propostas tiveram como finalidade explorar questões como a conjugalidade e a parentalidade ao longo do ciclo vital da mulher. Esse objetivo faz parte de uma meta maior que consiste, também, no autoconhecimento da mulher acerca de sua família e de sua posição nela. Semelhante à técnica da “Batata Quente”, a estratégia adotada foi a da “Caixa de Perguntas”. A caixa continha várias perguntas relacionadas à dinâmica familiar; dificuldades e facilidades encontradas, as quais poderiam atuar como facilitadoras ou inibidoras do cuidado em saúde; bem como, questões que norteassem as relações amorosas, os desafios da parentalidade em diferentes momentos do ciclo de vida ou a opção de não ter filhos, estar solteira, entre outros.

O desenvolvimento da técnica caracterizava-se em abrir a caixa e escolher uma pergunta que o participante pudesse compartilhar com o grupo. A intenção era que aqueles que desejassem também pudessem contribuir com opiniões e experiências, após a resposta da pessoa que estivesse na vez. Sendo assim, a posição das profissionais se pautou em mediar as discussões que emergiram e apontar possíveis recursos e limites, no âmbito familiar, que atuassem na relação de cuidado e bem-estar. Cabe ressaltar que as demandas trabalhadas foram trazidas, especialmente, pelo contexto das mulheres participantes; desse modo, questões acerca da conjugalidade, parentalidade e casamento foram abordadas, a partir da realidade e experiências que trouxeram; motivo pelo qual foram pouco discutidas temáticas que não contemplassem as vivências compartilhadas.

Alguns relatos concernentes a essa técnica foram citados pelas participantes, tais como: “Quando se tem filho pequeno é uma fase boa, mas cansativa. Tudo é para eles primeiro, você fica por último! Daí, nem sempre dá pra se cuidar do jeito que queria... Já fazia alguns meses que tô atrasada pra vir aqui fazer exame”.

Outros depoimentos também ilustram recortes cotidianos da vivência familiar das participantes: “Eu sou desligada para fazer o preventivo... Mas, a sorte é que meu marido é cuidadoso com essas coisas de saúde [...], uma coisa boa na relação é esse companheirismo, esse querer bem um do outro”

Pode-se pensar que a dinâmica relacional da família implica de forma veemente no cuidado com as práticas de saúde e, ainda, no bem-estar e afetividade entre seus membros. Entretanto, mais uma vez é salientado o quanto a família limita o

tempo das mulheres para seu próprio cuidado. A partir desse aspecto, pode-se destacar a relevância de ações que valorizam essas relações, mas que tornam a mulher consciente da necessidade de cuidado consigo mesma. Considera-se ainda a família como algo contraditório, visto que ao mesmo tempo em que exige que a mulher procure realizar exames, no sentido de controle de doenças, limita o tempo dela para atividades que podem lhe causar bem-estar e influenciar de forma efetiva na sua saúde.

Outra temática bastante recorrente nas intervenções contemplou as *Redes Sociais*. Baseou-se, para tanto, no conceito de Sluzki e Berliner (1997), que definem redes sociais como a soma de todas as relações que uma pessoa julga como significativas para ela. Nesse quesito, buscou-se refletir e mapear as redes das participantes no contexto comunitário, familiar, profissional e de amizades. Assim, as mulheres ponderaram acerca da importância de determinadas pessoas em suas vidas, na função que essas pessoas desempenham e puderam perceber o quanto é relevante, para seu bem-estar e qualidade de vida, estarem próximas de certos sujeitos.

Sendo assim, foi proposta a aplicação do Mapa de Redes (Sluzki & Berliner, 1997). De acordo com Moré e Crepaldi (2012), esse é um instrumento utilizado na intervenção da clínica psicoterapêutica, que foi adaptado para a pesquisa científica com o objetivo de evidenciar o grau de intimidade e compromisso das redes pessoais constituídas em torno de situações específicas, permitindo a possibilidade de analisar qualitativamente seu impacto nos processos vitais de desenvolvimento. Frente ao exposto das práticas interventivas na Rede Feminina, a aplicação do instrumento não teve como

finalidade realizar uma pesquisa empírica, mas utilizá-lo como uma técnica reflexiva a fim de desencadear potenciais lembranças e significados atribuídos ao conjunto de pessoas citadas, capazes de fortalecer o senso de pertença e a autoestima, atuando como um suporte ao enfrentamento de crises.

Os espaços do “Mapa das Redes” mais salientados pelas participantes os referentes a contexto familiar, de amizades e da comunidade, tais como a Unidade Básica de Saúde, a Igreja, grupos de mães, do artesanato e a própria RFCC. As funções das redes mais destacadas pelas usuárias foram de apoio emocional, ajuda material e de serviços e guia cognitivo e de conselhos. Nessa perspectiva, foi possível realizar um trabalho de educação em saúde, visto que se propiciou o reconhecimento da realidade do sujeito articulada ao seu contexto familiar, ambiental e social (Machado *et al.*, 2006). Por conseguinte, propiciou-se um espaço de reflexão acerca das relações significativas e uma visualização destas, o que auxilia no autoconhecimento dessas mulheres.

Ainda com essa técnica, notou-se uma interação bastante significativa entre profissionais e usuárias. Talvez pela própria indicação que essa ferramenta dá, de fazer com que as participantes preencham relações e lugares significativos, muitas mulheres falavam acerca da RFCC. Com algum tempo de trabalho, muitas acabavam indo participar das atividades sem necessariamente terem que realizar exames, o que demonstrava na prática o quanto as relações constituídas nesse local se tornaram relevantes para determinados sujeitos. Com isso, profissionais interagiam com as mulheres de forma mais sincera e desterritorializada. Com base nesse

compartilhamento de experiências, era visível na prática observar o que a literatura aponta como vantagens do trabalho da sala de espera: a desterritorialização dos profissionais, a maior abertura das usuárias e a fusão do conhecimento científico com o popular (Teixeira & Veloso, 2006; Veríssimo & Valle, 2006).

Ao fim da construção em grupo dos mapas, realizava-se uma segunda dinâmica intitulada de “teia grupal”, que tinha como finalidade abrir um espaço para discussão dos temas abordados e, após as considerações, permitia um fechamento do encontro. Na prática, a mediadora prendia em seu dedo um barbante e jogava para uma participante, solicitando que caso esta manifestasse vontade em compartilhar a construção de seu mapa, o fizesse perante o grupo. Após suas reflexões, jogava o barbante para outra participante, o que configurava uma teia entre os participantes. Depois de todas as discussões, a mediadora propunha questões reflexivas relacionando a dinâmica da teia às redes sociais significativas. Por fim, para desfazer-se da teia, cada usuária poderia fazer uma autoavaliação de como foi participar das atividades e do Projeto e ao finalizar seu discurso jogava para outra, até que, sucessivamente, a teia fosse desfeita.

Pode-se ressaltar como principais considerações feitas no fechamento acerca das atividades desenvolvidas a satisfação das mulheres perante as discussões e trocas vivenciadas naquele espaço. Uma usuária comentou que gostava de estar naquele espaço, pois “sempre ria bastante e aprendia alguma coisa nova”. Diante dessa experiência, a sala de espera revelou-se como um espaço importante, nas instituições de saúde, para que os sujeitos se expressem, se comuniquem e se sintam

confortáveis, conforme Teixeira e Veloso (2006) já haviam salientado.

Constatou-se ainda que as participantes engajaram-se nas estratégias propostas e compartilharam suas histórias de vida, crenças, dúvidas e sentimentos em relação aos temas discutidos. Esse relato corrobora com os apontamentos de Veríssimo e Valle (2006) acerca da importância do ambiente da sala de espera para a troca de experiências. Além disso, a partir do que foi relatado, esse espaço possibilitou que a ansiedade e até mesmo o medo, dos exames preventivos, fossem amenizados, possibilitando menos desgaste emocional e físico enquanto esperavam para a realização dos procedimentos (Rodrigues *et al.*, 2009).

Por ser um grupo aberto, a assiduidade não era um critério, todavia, algumas mulheres compareceram mais de uma vez no grupo e, juntas, trouxeram outras usuárias para conhecerem e participarem dele. Pode-se refletir que adotar estratégias de intervenção que possibilitem uma perspectiva sistêmica e integradora, na qual se processam intercâmbios dialógicos entre profissionais e a comunidade, permite o avanço do conhecimento na disseminação dos saberes populares e científicos nos contextos de promoção e educação em saúde. É sob esse panorama que as atividades desenvolvidas contribuíram para o exercício profissional interdisciplinar e para a melhor qualidade dos serviços prestados nas iniciativas em políticas públicas do município.

Quanto às temáticas trabalhadas, estas favoreceram as práticas em promoção à saúde, uma vez que se buscou refletir o cuidado em saúde como um fenômeno que pode prevenir situações delicadas. Portanto, partiu-se da

conscientização individual para um olhar coletivo, em que cada sujeito é protagonista em seu processo saúde-doença e, também, em seu direito à saúde e qualidade de vida (Castro & Bornholdt, 2004; Machado *et al.*, 2006).

Nesse campo de atuação, é perceptível que a Psicologia primou por uma atuação focada em uma perspectiva coletiva, comprometida com os direitos sociais e cidadãos, em detrimento de um olhar centralizador e tradicional, pautado apenas em um indivíduo (Andrade & Simon, 2009). A estratégia utilizada para promoção e educação em saúde, por meio de técnicas de dinâmica de grupo, oportunizou que a transmissão das informações e a comunicação fosse mais fluida, contribuindo para o alcance dos objetivos, visto que propiciou às usuárias se responsabilizarem por sua saúde e bem-estar. Dessa maneira, foi possível visualizar a prática da Psicologia da Saúde intervindo no âmbito social, a fim de tornar os sujeitos protagonistas de sua própria qualidade de vida (Castro & Bornholdt, 2004).

Outrossim, a prática desse grupo de sala de espera comprovou o quanto esta pode ser um local propício para a atuação do psicólogo e outros profissionais, no que concerne à promoção e educação para a saúde – sendo esta não vista apenas como antônimo de doença, mas como sinônimo de qualidade de vida e bem-estar. A partir dessa constatação, torna-se compreensível o quanto a saúde física e a saúde mental formam um todo maior, sendo influenciado por diversos fatores. Por conseguinte, adentrar em espaços de saúde tendo em vista apenas o objeto de estudo de determinada ciência não se faz efetivo. É necessário que os profissionais considerem a

saúde como decorrente de distintos aspectos que, por sua vez, serão objetos de estudo de inúmeras disciplinas, daí a relevância de uma prática em saúde integrada e multidisciplinar.

### Considerações Finais

O projeto de promover grupos de sala de espera na RFCC oportunizou encontrar caminhos salutares e estratégias funcionais para o alcance das ações em promoção e cuidado à saúde – isso porque a realização dessas atividades viabiliza o desenvolvimento da autonomia, cidadania, troca de saberes, afetos e vinculação entre os usuários. Além disso, os profissionais da saúde, em parceria com a comunidade, podem interagir de modo dialógico e juntos produzirem novos sentidos, atentando ao reconhecimento da alteridade de cada cultura e das representações próprias dos sujeitos ante a saúde, doença e modos de cuidado.

Em relação às dificuldades encontradas, aponta-se o próprio dispositivo instaurado, uma vez que por um lado possibilita as práticas de coletividade, por outro lado torna-se dificultoso o manejo quanto aos ruídos do ambiente e fluxo das usuárias quando eram chamadas para a realização dos exames e, dessa forma, não era possível permanecer nas atividades propostas, o que alterava a dinâmica do grupo. Todavia, por ser um grupo aberto, é esperado que tais limites emergissem. Acerca disso, valeu-se da aprendizagem em lidar com a imprevisibilidade e desenvolver habilidades de comunicação e mediação nas atividades grupais.

Diante da intervenção realizada, percebe-se a relevância da implantação em grupos de sala de espera não somente no contexto citado, mas em diversos serviços de saúde sob um olhar

interdisciplinar e multiprofissional. Quanto às questões pragmáticas, vale ressaltar que as estratégias mencionadas possam constituir-se um espaço acolhedor e, ao mesmo tempo, crítico-reflexivo a partir das demandas levantadas, contribuindo para a legitimação e fomento de políticas públicas na saúde.

Por fim, reitera-se que a articulação entre a participação comunitária, ações interdisciplinares, e para tanto a contribuição da ciência psicológica, comprometida com os direitos sociais e cidadãos, em detrimento de um olhar centralizador e tradicional, tornam-se importantes aliados para a otimização de uma gestão municipal; ao passo de que trabalhar sob a órbita da coletividade por meio de metodologias participativas e ações grupais na comunidade estimulam e favorecem mudanças sociais, a partir de ressignificações, maior conscientização e autonomia das pessoas.

### Referências

- Andrade, J. F. S. D. M., & Simon, C. P. (2009). Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. *Paidéia*, *Ribeirão Preto*, *19*(43), 167-175.
- Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde × Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, *24*(3), 48-57.
- Castro, C. G. J., & Lefèvre, A. M. C. (2004). A promoção de saúde e o planejamento estratégico. F. Lefèvre & A. M. C. Cavalcanti (Orgs.). *Promoção de saúde: a negação da negação* (pp. 75-84). *Rio de Janeiro: Vieira & Lent*, 75-84.
- Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2002). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod.
- Gonçalves, A. M., & Perpétuo, S. C. (1999). *Dinâmica de grupos na formação de lideranças*. DP & A.

- Machado, M. D. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- Martins Borges, L., & Pocreau, J. B. (2012). Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estudos de psicologia*, Campinas, 29(4), 577-585.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. Recuperado em 20 abril, 2017, de [https://social.stoa.usp.br/articles/0028/5691/Minayo\\_MCS\\_2012.pdf](https://social.stoa.usp.br/articles/0028/5691/Minayo_MCS_2012.pdf)
- Ministério da Saúde do Brasil (2003). *Área Técnica de Saúde da Mulher*. Recuperado em 20 abril, 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area\\_saude\\_mulher\\_resumo\\_atividades\\_2003.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf)
- Ministério da Saúde do Brasil (2013). *Cadernos de Atenção Básica*. Recuperado em 10 março, 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova perspectiva Sistêmica*, 21(4), 84-98.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Recuperado em 29 junho, 2018, de [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)
- Oliveira, M. M. H. N. D., Silva, A. A. M. D., Brito, L. M. O., & Coimbra, L. C. (2006). Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista brasileira de epidemiologia*, 9, 325-334.
- Paixão, N. R. D. A., & Castro, A. R. M. (2006). Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. *Bol. Saude*, 20(2), 71-8.
- Peretto, M., Drehmer, L. B. R., & Bello, H. M. R. (2012). O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. *Cogitare Enfermagem*, 17(1), 29-36.
- Rede Feminina de Combate ao Câncer. Disponível em <http://redefeminina.ning.com/>
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Recuperado em 3 julho, 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Rodrigues, A. D., Dallanora, C. R., Rosa, J. D., & Germani, A. R. M. (2009). Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Revista Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 5(7), 101-106.
- Santos, L. F., Lizete, M. A. C. O., Munari, D. B., Peixoto M. K. A. V., Silva, C. C., Ferreira, A. C. M., & Nogueira, A. L. G. (2012). Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(1), 42-49.
- Santos, L. D. M. D., Ros, M. A. da, Crepaldi, M. A., & Ramos, L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de saúde pública*, 40, 346-352.
- Sluzki, C. E., & Berliner, C. (1997). *Rede social na prática sistêmica*. Casa do Psicólogo.
- Santos I, L. D. M. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública*, 40(2), 346-52.
- Teixeira, E. R., & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 320-5.
- Verissimo, D. S., & Valle, E. R. M. D. (2006). A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. *Psicol. argum*, 24(45), 45-57.

Recebido em: 26/6/2017

Aprovado em: 16/8/2018