



UFCG - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CCBS – CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UAPSI – UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

PSICOLOGIA E SALA DE ESPERA: O POTENCIAL TERAPÊUTICO
DE ESPAÇOS NÃO TRADICIONAIS

IZAK ALVES DOS SANTOS

CAMPINA GRANDE – PB

2015

IZAK ALVES DOS SANTOS

**PSICOLOGIA E SALA DE ESPERA: O POTENCIAL TERAPÊUTICO
DE ESPAÇOS NÃO TRADICIONAIS**

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de graduado em Psicologia sob orientação da Professora Roseane Christhina da Nova Sá Serafim.

CAMPINA GRANDE – PB

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-
UFCG

S237p

Santos, Izak Alves dos.

Psicologia e sala de espera: o potencial terapêutico de espaços não tradicionais / Izak Alves dos Santos. – 2015.

30 f.

Artigo (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof.^a. Roseane Christhina da Nova Sá Serafim, Dra.

1. Psicologia da Saúde. 2.Sala de Espera. 3.Grupo Terapêutico. 4. Oncologia. I Serafim, . Roseane Christhina da Nova Sá. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9:796.4+614 (813.3)

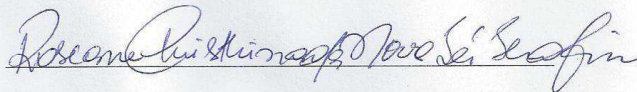
IZAK ALVES DOS SANTOS

**PSICOLOGIA E SALA DE ESPERA: O POTENCIAL TERAPÊUTICO
DE ESPAÇOS NÃO TRADICIONAIS**

APROVADO EM: 17 / 03 / 2015

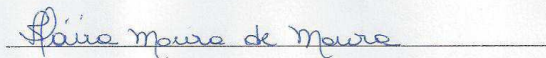
NOTA: 10,0

BANCA EXAMINADORA



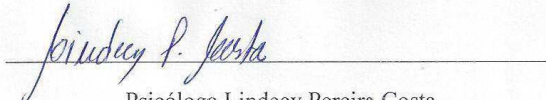
Profª Dra Roseane Christhina da Nova Sá Serafim

Orientadora



Profª Dra Flavia Moura de Moura

Examinador (a)



Psicóloga Lindecy Pereira Costa

Examinador (a)

RESUMO

Historicamente, a Psicologia esteve fundamentada em uma concepção de Clínica tradicional, restringindo seu escopo de intervenções ao consultório e ao trabalho no um a um, sendo a inserção do psicólogo nos hospitais, um elemento sinalizador para a reformulação do posicionamento clínico, o qual precisa ater-se às peculiaridades do contexto hospitalar na construção de uma Clínica Ampliada e Compartilhada. Dessa forma, o presente artigo propõe-se a discorrer sobre o trabalho desenvolvido com o grupo terapêutico da sala de espera do ambulatório de oncologia adulto, no intuito de dar visibilidade a esta última, enquanto espaço de intervenção psicológica, perante as demandas existentes, indo além do caráter psicoeducativo. Para tanto, trata-se de um relato de experiência de natureza qualitativa, que do ponto de vista metodológico, obedeceu ao seguinte percurso: a) sensibilização dos profissionais do setor; b) realização de diagnóstico situacional; c) formação de um grupo de suporte; d) adoção de condutas psicoeducativas, psicoprofiláticas, psicoterápicas e complementares e; e) registro sistemático das atividades em diário de campo. Como resultados, pode-se notar a relevância do trabalho na construção de um espaço de verbalização e elaboração das problemáticas, contribuindo para o fortalecimento e valorização das redes de suporte, o respeito e legitimação dos sentimentos expressados pelos pacientes, o acolhimento da religiosidade, bem como na ampliação da vida e mobilização de recursos internos e informativos no enfrentamento das situações vivenciadas no contexto do câncer. Por fim, compreende-se que o artigo cumpriu sua finalidade, apesar da alta rotatividade do grupo, sendo esperado, pelo autor, que mais publicações desta natureza possam existir, contribuindo para o aprimoramento da psicologia, enquanto campo de saber atento para os novos caminhos e oportunidades que se configuram a todo instante.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Sala de Espera; Grupo Terapêutico; Oncologia.

ABSTRACT

Historically, psychology was based on a traditional design Clinic, restricting its scope of operations to the office and work in one by one, with the psychologist insertion in hospitals, a flag element for the recasting of the clinical placement, which must stick -If the hospital context of peculiarities in the construction of a Large Clinical and Shared. Thus, this paper proposes to discuss the work with the therapeutic group of waiting adult oncology outpatient room in order to give visibility to the latter, while psychological intervention space, before the existing demands, going beyond psychoeducational character. Therefore, it is an account of qualitative experience that from a methodological point of view, based on the following route: a) awareness of industry professionals; b) conduct a situational diagnosis; c) forming a support group; d) adoption of psychoeducational pipelines, psychoprophylactic, psychotherapy and complementary and; e) systematic record of activities in a field diary. As a result, it may be noted the relevance of the work in building a verbalization of space and elaboration of the issues, contributing to the strengthening and enhancement of support networks, respect and legitimacy of the sentiments expressed by patients, the host of religiosity and as the expansion of life and mobilization of domestic resources and informative in addressing the situations experienced in the cancer context. Finally, it is understood that the article has fulfilled its purpose, despite the high turnover of the group, being expected by the author that more publications of this kind may exist, contributing to the improvement of psychology as a field of knowledge on the lookout for new ways and opportunities that present themselves all the time.

Keywords: Health Psychology; Waiting room; Therapeutic Group; Oncology.

SUMÁRIO

Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	07
Fundamentação teórica.....	09
Desenho metodológico.....	14
Resultados e discussões.....	18
Considerações finais.....	24
Referências.....	25

PSICOLOGIA E SALA DE ESPERA: O POTENCIAL TERAPÊUTICO DE ESPAÇOS NÃO TRADICIONAIS

Izak Alves dos Santos

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Campina Grande, Paraíba, Brasil

Introdução

É sabido pelos estudiosos e pesquisadores em psicologia, que o campo de atuação psicológico, no seu percurso histórico, ancorou-se em uma perspectiva clínica orientada pelos saberes médico e psicanalítico tradicionais que, salvaguardadas as especificidades de cada um, prezavam por um atendimento eminentemente individual e restrito ao consultório, com vista a garantir um ambiente sem interferências, silencioso, capaz de preservar o sigilo e a privacidade, negligenciando, assim, o trabalho com grupos e percebendo como inviável a atuação profissional em outros espaços (Moreira, Romagnoli e Neves, 2007; Dutra, 2004).

Como nos mostra Portela (2008), a Psicologia Clínica do século XX, vinha afirmar a supremacia do indivíduo, mostrando-se alheia ao ambiente, bem como apresentando limites rígidos com os demais campos de saber, noções estas que impediam uma maior compreensão da complexidade inerente às questões humanas.

Na década de 1980, em decorrência dos problemas econômicos brasileiros, da redução dos empregos, da queda do poder aquisitivo da classe média (principal público a procurar os serviços psicológicos) e das discussões acadêmicas sobre o papel social da profissão, os psicólogos se viram impelidos a ingressar nos serviços de saúde pública, o que não significou em mudanças nos moldes tradicionais de atuação (Bettoi, 2003 *apud* Yamamoto e Oliveira, 2010).

Juntamente com esses aspectos, Paulin e Luzio (2009) ressaltam que os anos 70 e 80 foram marcados por movimentos sociais de redemocratização do país e questionamentos acerca do modelo e do conceito de saúde, sobretudo pelo movimento sanitário e pela VIII Conferência Nacional de Saúde, criando um cenário propício para a inserção da psicologia nos hospitais brasileiros, mas que se viu somada a uma formação profissional inadequada, acabando por facilitar uma transferência do modelo de clínica tradicional para o contexto

hospitalar, além de desconsiderar uma concepção do processo saúde-doença que ultrapassasse a noção eminentemente biologicista.

No que se refere ao hospital, o trabalho do psicólogo precisa reconhecer as especificidades deste ambiente, a saber: a inexistência de um setting terapêutico nos moldes tradicionais, a necessidade de realizar psicoterapia breve, a dinâmica de o psicólogo ir até o paciente e a flexibilidade da duração do atendimento, constituindo-se no lugar da invenção, criatividade e múltiplas posturas, devendo o profissional reformular suas práticas e adequá-las a realidade da instituição.

Estar-se diante de uma demanda múltipla e polimórfica, cujos efeitos do adoecimento, hospitalização e tratamento trazem repercussões biológicas, psíquicas e socioeconômicas, capazes de dificultar e/ou retardar a adesão aos procedimentos médicos, exigindo da psicologia a identificação dessas demandas, sejam elas latentes, espontâneas ou por parecer, e que podem se expressar nos mais diversos espaços do hospital (ambulatórios, enfermarias, emergência, UTIs, corredores, sala de espera, dentre outros), cada um com sua dinâmica de funcionamento e necessitando da adoção de posturas profissionais distintas.

Segundo Ismael (2005), o paciente vê-se submetido à ruptura do contexto que estava inserido, modificando seu cotidiano e impondo uma nova rotina; o indivíduo se defronta com a incerteza do futuro, com a possibilidade de finitude e de morte, buscando formas de se adaptar a essa nova realidade, em que muitas vezes ele se frustra com esses novos acontecimentos em sua vida, adquirindo mudanças de comportamentos e de humor, passando por um momento de angústia e de sofrimento intenso.

Faz-se necessário um posicionamento ético sustentado pela Clínica Ampliada e Compartilhada, a qual percebe, nos diversos lugares, um potencial terapêutico, bem como propõe uma torção do objeto e das relações entre o indivíduo e os profissionais, pois o foco deixa de ser o patológico e volta-se para o sujeito enquanto protagonista de sua vida, ao mesmo tempo em que o espaço relacional, composto pela hierarquia do médico sob o paciente é substituído por uma relação horizontal, no qual outros atores e o próprio sujeito entram em cena na construção de novas práticas de saúde.

O trabalho na sala de espera pode ser um desses exemplos vanguardistas. Embora renegada por boa parte dos profissionais de saúde ou tratada como ambiente apenas para a realização de palestras, ela compreende o espaço de reunião de pessoas, compartilhamento de afetos, expectativas, dúvidas, crenças, apresentando possibilidades de intervenção para além do caráter psicoeducativo, abrangendo também condutas psicoterapêuticas, psicoprofiláticas e complementares, o que a torna capaz de evidenciar novos olhares sobre a atuação psi,

configurando-se em um campo fértil para o desenvolvimento de ações, agora alicerçadas em posturas clínicas mais diversificadas e centradas na integralidade dos sujeitos.

Dessa forma, o presente trabalho vem salientar a importância dos saberes se remodelarem juntamente com as condutas profissionais, fazendo vislumbrar, aos psicólogos e estudantes de psicologia, outras possibilidades de intervenções. Para tanto, serão relatadas as vivências de um estágio, tomando como referência o trabalho efetuado na sala de espera de um ambulatório de oncologia adulto pertencente a um hospital da cidade de Campina Grande-PB, demonstrando sua importância, até então menosprezada, na ampliação do escopo de intervenções, bem como no reconhecimento de demandas que se configuram nos espaços extra-consultórios e que propiciam a formação de settings terapêuticos não tradicionais.

É preciso ter em mente que para atingir os seus objetivos, este artigo vem romper com a dicotomia clínica *versus* social, pois reconhece a interdependência inerente a essas perspectivas, evidenciando um processo de retroalimentação contínua, na busca por possibilitar ampla visão dos acontecimentos e da realidade vivenciada pelos sujeitos. Portanto, o estudo é contrário à cisão efetuada pelos psicólogos e pela própria academia, que longe de ser puramente didática, diz também de uma tentativa de os profissionais demarcarem lugares, desqualificando o saber alheio, com o propósito de enaltecer o seu, corroborando para o enfraquecimento e autodestruição da psicologia, esquecendo-se da diversidade epistêmica que a acompanha e sustenta.

Assim, para fundamentar teoricamente as ideias aqui apresentadas serão utilizados autores de diversos campos, mas que estejam relacionados com a temática proposta, não importando se sua perspectiva é psicanalítica, social ou de qualquer outra natureza, partindo-se do pressuposto que o saber deve ser dialógico, na busca, sempre incessante, de compreender o homem em sua integralidade.

Fundamentação teórica

A sala de espera, apesar de ser o primeiro lugar que o sujeito ocupa em uma instituição, não é concebida por muitos profissionais como espaço para iniciar os cuidados aos pacientes, exceto em algumas unidades de saúde nas quais é realizado o acolhimento dos usuários, muitas vezes confundido com a entrevista de triagem, ou então são proferidas palestras, cujo conteúdo não raramente é transmitido por meio de uma linguagem inacessível ao público alvo, provocando más interpretações e reforçando a hierarquia do profissional de saúde sob o paciente.

Segundo Ivancko (2004) o tratamento se inicia na sala de espera, pois como já evidenciado em seu trabalho monográfico no ano 2000, vem possibilitar um efeito catártico, o fortalecimento de laços de amizade entre os membros, maior esclarecimento dos pacientes acerca dos conteúdos abordados, mudanças atitudinais (aumento da confiança e do sentir-se seguro), bem como o reconhecimento do sofrimento alheio (capaz de trazer conforto e novos parâmetros de avaliação da realidade), entre outros.

É um ambiente marcado pela circulação de pessoas, interrupções dos demais profissionais e usuários, assim como ruídos externos, os quais colocam em risco a formação do vínculo e conseqüentemente, o bom andamento da atividade que se quer desenvolver, exigindo do profissional o manejo dessas variáveis, ditas previsíveis, e de outras tantas, da ordem da imprevisibilidade, conhecidas apenas quando se começa o processo de intervenção com o grupo.

Enquanto os consultórios possuem um território demarcado por quatro paredes e uma porta impedindo a influência do meio externo, facilitando a formação do vínculo terapêutico; a sala de espera, tão vazada em sua estrutura física, é construída e reconstruída constantemente, por meio de divisórias invisíveis e semipermeáveis aos eventos circundantes, as quais são balizadas pelo afeto, pela transferência e a coesão grupal, capaz de conferir um lugar acolhedor e com particularidades específicas daquele momento, que ao final da atividade com os pacientes será diluído, adquirindo outra formatação no encontro seguinte, seja ela mais forte ou mais frágil que a anterior, mas nunca igual.

Dessa forma, o fazer terapêutico não se restringe a uma escuta isolada num vácuo, mas uma atitude fenomenológica que está para além do ouvir. É um encontro marcado pelo que Buber *apud* Ribeiro (1994) chama de relação Eu-Tu, na qual as pessoas encontram-se realmente presentes, deixando-se afetar mutuamente, acolhendo e reconhecendo a existência do outro, é uma relação que se caracteriza por sua profundidade.

É certo que a sala de espera não é de exclusividade da psicologia, sendo adotada também por odontólogos, assistentes sociais e, de maneira maciça, pelos profissionais da enfermagem, que vem demonstrando interesse cada vez maior no trabalho com grupos em geral, como pode ser verificado em uma rápida busca nas bases de dados brasileiras. Na verdade, os psicólogos negligenciaram esse local enquanto foco de suas atuações, seja por estarem ancorados na clínica tradicional, seja pela falta de manuseio com os elementos do ambiente e do próprio grupo em si.

Dependendo da perspectiva teórica adotada existem múltiplas definições de grupo, fazendo deste um assunto amplo, cuja explanação extrapolaria os objetivos deste artigo.

Todavia, como nos ensina Zimerman (1993), algumas condições são básicas para sua caracterização, a saber: a concepção de grupo enquanto uma entidade, regida por leis e normas específicas, que está para além do somatório de indivíduos; o reconhecimento das especificidades dos integrantes; a reunião de pessoas em prol de um objetivo ou tarefa em comum; um número de participantes adequado para a realização do trabalho; o estabelecimento de um contrato (enquadre) a ser cumprido por todos; a formação de um campo grupal dinâmico repleto de ansiedades, fantasias; a instauração de laços afetivos entre os membros; a existência de forças opostas tendendo à coesão ou ao esfacelamento do grupo; a interferência de fatores conscientes e inconscientes; além da presença de um coordenador no manejo grupal.

Segundo Lane (1989, p. 78) o grupo é uma “condição necessária para conhecer as determinações sociais que agem sobre o indivíduo, bem como a sua ação como sujeito histórico, partindo do pressuposto que toda ação transformadora da sociedade só pode ocorrer quando os indivíduos se agrupam”. Nesse sentido, o grupo reflete o pensamento de uma sociedade, suas repercussões e efeitos, bem como suas incoerências e movimentos contestatórios da realidade vivenciada.

Mais importante do que entender o conceito de grupo é perceber sua constituição e finalidade. De acordo com esses critérios, Zimerman (1993) afirma poder-se falar em grupos operativos e terapêuticos, sendo que o primeiro é derivado das ideias de Pichon Rivière, propondo a realização de uma tarefa objetiva, ao passo que o segundo se destina a promoção de insights e intervenções de caráter interpretativo.

Dessa forma, a modalidade grupal que mais se adéqua aos propósitos deste artigo é o de natureza terapêutica, mais especificamente o grupo de suporte, o qual segundo Campos (2000) é bastante utilizado com pessoas portadoras de doenças físicas e psíquicas em comum, sendo marcado pela identificação mútua de seus membros, compartilhamento de experiências e coesão grupal, tendo o objetivo de reforçar o *self* dos participantes, através de um processo de conscientização dos fatores que se inter-relacionam com a doença e sua vida, bem como condutas para o suporte da autoestima, cabendo ao terapeuta adotar uma postura ativa, acolhedora e de apoio.

No caso do trabalho desempenhado com um grupo da sala de espera do ambulatório de oncologia adulto, as ressonâncias da doença câncer, do diagnóstico, do tratamento e do pós-tratamento sob o indivíduo, sua família, equipe de saúde e comunidade em geral encontram-se bastante presentes, revelando as crenças e preconceitos que permeiam o imaginário social,

assim como as fragilidades, forças e potencialidades dos pacientes, seus familiares e profissionais no enfrentamento da situação.

Intimamente relacionada com ideias de finitude e morte, as neoplasias malignas trazem efeitos para a vida do sujeito e sua família antes mesmo da confirmação diagnóstica, evidenciando, já desde o início, aspectos do funcionamento psicodinâmico do indivíduo e de seus familiares (Franco, 2008). É uma doença que causa mudanças corporais, comportamentais e psíquicas variadas, a depender da personalidade do sujeito, do tipo de câncer, o estágio evolutivo da patologia, o tratamento a ser adotado e o prognóstico vislumbrado (Ortolan e Gaspar, 2013), afetando a qualidade de vida, podendo gerar mecanismos defensivos patológicos e o aparecimento de transtornos psiquiátricos (Santos Júnior, 2013).

O indivíduo com câncer tem o seu cotidiano e as relações sociais alteradas, estando às voltas com o preconceito e estigma que a doença carrega, vivências de perda da autonomia, da independência e de vínculos sociais, profissionais e familiares, bem como mudanças decorrentes de uma rotina imposta por consultas e exames periódicos, novos estilos de vida, alterações na imagem corporal (Ortolan e Gaspar, 2013) e na vivência da conjugalidade (Macieira e Maluf, 2008), os quais se encontram associados aos efeitos adversos do tratamento, bem como ao medo de recidivas e da própria morte.

O âmbito familiar, como já evidenciado, também sofre diante desse contexto, tendo sua dinâmica reformulada frente aos conteúdos psíquicos que o adoecimento de um parente mobiliza (Franco, 2008), propiciando uma desorganização das relações familiares e o aparecimento de suas vulnerabilidades, a saber: os fatores financeiros, as representações e experiências de cunho negativo acerca da doença, além dos conflitos familiares (Hayashi, Chico e Ferreira *apud* Cavini e Gaspar, 2013), exigindo a necessidade de readaptação do funcionamento familiar, para que possa atuar como elemento de suporte ao paciente no tratamento, recuperação e manutenção de sua saúde, auxiliando também a equipe de profissionais nesse processo, embora esses últimos também devam ficar atentos às dificuldades, medos e anseios dos familiares (Cavini e Gaspar, 2013).

Além do paciente e sua família, os profissionais de saúde também estão inseridos no escopo de atuação do psicólogo, este último considerado como membro da equipe, o qual intervém no sentido de detectar os estímulos estressores do ambiente de trabalho e os mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais diante de um paciente com câncer, bem como realizar interconsulta, participar de discussões clínicas (rounds), ou servir de mediador

da comunicação paciente-família-profissionais, proporcionando uma nova visão acerca do sujeito, dos familiares e da qualidade do cuidado ofertado.

Como nos mostra Ortolan e Gaspar (2013), a oncologia é permeada por dor e sofrimento, vindo a interferir na saúde mental dos profissionais, estando o sentimento da equipe para com os pacientes, relacionados às crenças que a primeira possui em relação à sua própria história pessoal, ao câncer, ao adoecimento, às perdas e a própria finitude.

De acordo com Campos (2005), o profissional de saúde pode ser concebido como um cuidador sob tensão, na medida em que se vê confrontado a suportar as inúmeras pressões do seu trabalho (exigência de atuações rápidas e eficazes, necessidade de salvar vidas, propiciar um bom atendimento mesmo quando os recursos materiais não estão disponíveis), assim como lidar com os sentimentos mobilizados pelo encontro com o paciente (frustrações, identificações, sensação de impotência), o que acaba por influenciar sua auto imagem, afetar sua própria saúde e negligenciar o cuidado de si.

Apesar de reconhecer as repercussões do câncer para os diversos atores envolvidos (paciente, família e equipe), o presente trabalho terá como foco as atuações psicológicas em relação aos pacientes, nosso público alvo, mas sem perder de vista as interferências dos demais agentes sob o sujeito adoecido e vice-versa, caracterizando um processo eminentemente recíproco.

Dessa forma, tendo em vista as peculiaridades que atravessam a sala de espera de um hospital, o trabalho com grupos e as pessoas com diagnóstico de câncer, faz-se necessário adotar perspectivas teóricas que reconheçam a multiplicidade de fatores intrínsecos a essas realidades e sejam capazes de dar suporte ao exercício profissional nessas circunstâncias. Assim, os eixos teóricos da Psicologia da Saúde (entendido como fundamento básico) e da Psicologia Hospitalar (compreendido como fundamento específico), bem como uma perspectiva clínica norteada pela Clínica Ampliada e Compartilhada, podem servir de alicerce no desenvolvimento dessas ações.

A Psicologia da Saúde constitui-se em uma área bastante recente, oriunda da década de 1970, e que abrange os três níveis de atenção em saúde, fazendo uso de conhecimentos de diversos campos, como a Psicologia Clínica, Social-Comunitária e Saúde Pública; tendo como propósito o estudo das variáveis biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais que envolvem o processo de saúde-doença, bem como suas inter-relações, buscando intervir na minimização do sofrimento e da ansiedade, levando em consideração o tripé família-equipe-paciente (Almeida e Malagris, 2011; Guimarães, Grubits e Freire, 2007).

Como nos mostra Ribeiro (2011), a Psicologia da Saúde vem emergir em um contexto no qual as doenças infectocontagiosas deixam de ser a principal causa de mortalidade, dando lugar as patologias crônicas e, conseqüentemente, uma ênfase na etiologia comportamental, apontando a necessidade de substituir o modelo biomédico – centrado na doença e no viés organicista – por uma perspectiva que valorize a influência dos fatores ambientais e do comportamento como um dos determinantes do processo saúde-doença.

No Brasil, ao contrário de outros países, surge a denominação Psicologia Hospitalar, enquanto um campo específico da Psicologia da Saúde, colocando em evidência a atuação nos hospitais e, portanto, abrangendo a atenção secundária e terciária em saúde (Castro e Bornholdt, 2004).

A partir do exposto, uma nova concepção de clínica também precisa ser (re) inventada sendo a Clínica Ampliada e Compartilhada um posicionamento ético, uma perspectiva que valoriza a pessoa concreta, em sua existência e em todas as suas dimensões, operando graças ao vínculo construído entre profissionais e sujeito, possibilitando a este último, acreditar na contribuição da equipe, a qual assume o compromisso na produção do cuidado em saúde, ao passo que o usuário se responsabiliza também com a sua doença e a lidar com o contexto no qual está inserido, sendo, portanto, um trabalho para potencializar a autonomia do indivíduo (Campos, 2006).

Através do vínculo e de uma ação conjunta entre equipe-família-paciente, podem-se analisar as verdadeiras necessidades de cada pessoa, o que é preciso fazer, como intervir em cada caso, perceber as deficiências e potencialidades; tudo isso com a participação e o olhar do sujeito, incitando-o a modificar sua relação consigo mesmo e com os outros, conectando a pessoa com suas emoções, pensamentos e o seu entorno, buscando construir, com o paciente, outras possibilidades de existir no mundo, mostrando novos horizontes e desencadeando um processo crítico-reflexivo.

Tendo em vista os pressupostos que norteiam o planejamento e a execução das intervenções psicológicas a serem desenvolvidas, é preciso estruturar um percurso metodológico bem delineado e concernente com a dinâmica institucional do hospital e do público alvo ao qual se destina, tarefa a ser esmiuçada nas linhas seguintes.

Desenho metodológico

As atividades do estágio abrangeram tarefas de cunho teórico e prático, as quais ocorreram de forma simultânea, levando em consideração os conhecimentos básicos que o

estudante de psicologia deve possuir para adentrar no setor de oncologia de qualquer hospital, bem como as dúvidas e questionamentos observados durante o decorrer da ida ao campo e que diziam respeito às demandas específicas da realidade do grupo.

Nesse sentido, como atividades teóricas desenvolvidas nesse período, pode-se elencar: as supervisões com a orientadora acadêmica, as indicações de leituras básicas e complementares, a elaboração de fichamentos, compilações e plano de estágio, além da construção de relatórios, sendo todas essas ferramentas úteis na avaliação do trabalho desempenhado, buscando-se propor novos traçados e apontamentos para suprir possíveis fragilidades e dúvidas que possam ter aparecido, propiciando a visualização do trabalho desenvolvido durante e após o estágio, lançando um olhar crítico e reflexivo sobre este, bem como acerca do crescimento intelectual observado.

Além das tarefas teóricas, atividades de ordem prática foram elaboradas, as quais se encontram representadas nos encontros terapêuticos com o grupo do ambulatório, cuja frequência era semanal, contando com a participação de, em média, 7 pessoas, com idades que variavam entre 40 e 60 anos, nível de escolaridade entre o analfabetismo e o ensino fundamental completo, residentes em diversos municípios da Paraíba, portadoras de câncer em diferentes localidades do corpo e, em sua maioria, do sexo feminino.

Dessa forma, o estudo aqui apresentado compreende um relato de experiência de natureza qualitativa, acerca do trabalho psicológico efetuado na sala de espera do ambulatório de oncologia adulto, o qual, do ponto de vista metodológico, obedeceu ao seguinte percurso: a) sensibilização dos profissionais do setor; b) realização de diagnóstico situacional; c) formação de um grupo de suporte; d) adoção de condutas psicoeducativas, psicoprofiláticas, psicoterápicas e complementares e; e) registro sistemático das atividades em diário de campo.

Para a sensibilização da equipe efetuou-se uma apresentação da proposta, no intuito de analisar o interesse dos profissionais no projeto e a viabilidade do mesmo, bem como propiciar a construção de vínculos com os trabalhadores, por meio da discussão coletiva acerca da operacionalização das ações para a concretização do trabalho.

Já na realização do diagnóstico situacional foram verificados: a ambiência da sala de espera, a dinâmica de funcionamento do serviço, o vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários, bem como o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório, evidenciando suas potencialidades, fragilidades, queixas e estratégias de superação. Para tanto, fez-se uso da observação clínica, da escuta qualificada e da entrevista psicológica.

Segundo Veras (s/d), a observação clínica apresenta especificidades no campo da psicologia, pois além de se ater a objetividade de uma realidade, se dedica também a realidade

psíquica do sujeito, os sentimentos e afetos de cada acontecimento, a linguagem verbal e não verbal que o indivíduo faz uso, bem como as associações e a transferência estabelecida.

A escuta qualificada, por sua vez, oriunda da psicanálise, está para além do ouvir, constituindo-se na principal ferramenta do psicólogo. De acordo com Leclaire (2007), ao escutar, o significado das palavras é extrapolado, devendo-se deter às entrelinhas do discurso, as falhas da língua e que indicam o universo inconsciente do sujeito, sinalizando sua verdade singular. Nesse sentido, é uma postura de decifração dos signos que se encontram presentes na fala, mas também no corpo do indivíduo, principalmente daqueles com alguma doença.

Quanto à entrevista psicológica, Dallagnol, Goldberg e Borges (2010) afirmam sua importância na coleta de informações da história pessoal e clínica, com vista a detectar e avaliar o estado de saúde do paciente, suas crenças, fantasias, bem como os efeitos do adoecer, da hospitalização e do tratamento sob o indivíduo, possibilitando traçar intervenções na busca pela minimização do sofrimento e da ansiedade, além de poder auxiliar os demais profissionais no que diz respeito ao cuidado a ser ofertado ao doente.

A etapa seguinte diz respeito à formação do grupo, o qual foi composto pelos pacientes que estavam à espera de atendimento médico e/ou tratamento quimioterápico naquele instante, visto que realizar a atividade em outro dia ou horário era inviável, devido ao extenso espaço de tempo entre as consultas e terapêuticas médicas (frequência quinzenal, mensal, trimestral, semestral ou anual); a longa distância entre o hospital e a moradia das pessoas; a utilização, por parte delas, de transporte da prefeitura; bem como a debilidade física enfrentada por alguns, dificultando seu deslocamento.

Devido a essas peculiaridades, o grupo caracterizou-se como homogêneo, aberto e de alta rotatividade (todas as pessoas eram diferentes em cada encontro), tendo a configuração de um grupo de suporte, já que segundo Campos (2000) é permeado por laços afetivos, identificação mútua e compartilhamento de experiências, proporcionando ao integrante uma visão mais realista e otimista do mundo, a motivação para o autocuidado, a maior aceitação de si e a confiança em seus recursos de enfrentamento. É um grupo no qual existe o fortalecimento da coesão grupal, sendo uma modalidade escolhida pelo estagiário por, além desses fatores, possibilitar a ajuda mútua entre os participantes, aumentando a capacidade do grupo se autogerir, característica essencial nos dias em que a atividade não for realizada e/ou a partir do momento que o estágio tiver seu término decretado.

Foram realizados sete encontros com duração de 1 hora e 30 minutos cada, nos quais se fez uso de dinâmicas de grupo, enquanto elementos que suscitavam a geração de problemáticas e discussões. De acordo com Busnello *apud* Mello Filho (2000), a dinâmica de

grupo tido como um campo de pesquisa e estudo vem possibilitar o conhecimento da natureza dos grupos e da vida coletiva, demonstrando as leis que regem o seu funcionamento e as inter-relações estabelecidas entre os integrantes de um mesmo grupo, bem como entre grupos diversos e instituições.

Paralelamente às dinâmicas realizadas, também se continuou fazendo uso da observação clínica, da escuta qualificada e da entrevista psicológica, pois essas ferramentas serviram de auxílio durante todo o estágio, principalmente para a adoção de intervenções psíquicas com caráter educativo, preventivo, terapêutico e complementar, as quais eram lançadas, levando em consideração o teor das problemáticas dos pacientes.

As intervenções psicoeducativas abrangeram condutas para prover o sujeito de informações acerca de sua doença (Colom e Vieta, 2004), tratamento e estilos de vida a serem adotados, por meio de uma linguagem acessível e uma relação transparente e franca, com vista a minimizar o sofrimento e a ansiedade do sujeito, levando ao empoderamento do mesmo, diante de uma maior conscientização de sua realidade e a corresponsabilização no que se refere ao cuidado de si e a participação no tratamento ofertado.

As intervenções psicoprofiláticas, por sua vez, se dirigiram para a prevenção das alterações psíquicas e de comportamento de risco/disfuncionais, minimizando ou impedindo uma desestabilização do quadro clínico além do desenvolvimento de mecanismos de defesa prejudiciais, capazes de interferir na adesão/eficácia do tratamento, assim como na piora do prognóstico.

Já as intervenções psicoterápicas envolveram a utilização da psicoterapia breve (PB), constituindo-se em uma técnica cujas características se referem ao foco delimitado e ao atendimento de duração específica (com começo, meio e fim), sendo utilizada (ou pelos menos *devendo* ser utilizada) no âmbito hospitalar, por causa das peculiaridades desse ambiente, como setting terapêutico indefinido e limitações quanto à continuidade em médio e longo prazo do caso do paciente.

Como nos mostra Fiorini (2004) a psicoterapia breve pode ser de dois tipos: a de apoio e a de esclarecimento. Segundo o autor, a de apoio tem por objetivo a diminuição ou supressão de respostas ansiogênicas e outras sintomatologias, além de ocasionalmente favorecer modificações nos padrões de comportamento do sujeito; já a psicoterapia breve de esclarecimento objetiva, além dos mesmos propósitos da PB de apoio, uma auto-observação e compreensão, por parte do paciente, quanto às dificuldades enfrentadas e a relação destas com os comportamentos que expressa e as motivações inconscientes.

No que diz respeito às condutas complementares, estas abrangeram a efetivação da interconsulta – compartilhando informações com os demais profissionais sobre o caso do paciente, com o propósito de possibilitar um olhar abrangente e construção de terapêuticas adequadas (Carvalho e Lustosa, 2008) – além do matriciamento, visando um suporte técnico-pedagógico a equipe interdisciplinar no aprimoramento e ampliação de suas ações (Cunha e Campos, 2011).

Vale salientar que essa classificação das condutas é meramente didática e tem como propósito apenas facilitar o entendimento do leitor acerca do percurso metodológico efetuado, pois na prática profissional, as intervenções se mostram interdependentes, utilizando-se características umas das outras.

Por fim, como última etapa, tem-se o registro sistemático das atividades em diário de campo, realizado ao término de cada encontro, com o intuito de verificar o movimento do grupo naquele dia, as temáticas levantadas, além dos sentidos e significações estabelecidos por cada participante.

Resultados e discussões

Ao chegar à sala de espera do ambulatório, o paciente, seja acompanhado ou não, tem como alternativas: sentar em uma das cadeiras disponíveis (as quais são em número de 12), ficar em pé, se dirigir ao filtro da água, assistir televisão, ler uma revista, conversar com alguém, permanecer calado ou até mesmo ficar na porta de entrada, observando a circulação de pessoas no hospital. De toda forma, existe nesse ambiente a presença de um tempo ocioso, preenchido pela preocupação em saber os resultados dos exames, o avançar da hora para voltar para casa e exercer suas atividades domésticas, bem como pela espera interminável para começar a consulta e/ou a quimioterapia.

Portanto, para além da ambiência física, tem-se um ambiente que transpira preocupações, ansiedades, medos, anseios, esperança, mas também possibilita alguns encontros, seja com os profissionais de saúde (sobretudo o médico, os enfermeiros e técnicos de enfermagem), seja entre as próprias pessoas que possuem câncer. Todavia, devido à alta rotatividade dos pacientes, o contato recorrente de mesmos indivíduos em tratamento fica cada vez mais difícil, servindo de obstáculo para a formação de vínculos afetivos e de solidariedade.

Ao se realizar um grupo terapêutico nesta sala de espera, cria-se a oportunidade de verbalização e elaboração das problemáticas e conflitos, os quais quando não expressados são

capazes de interferir no ciclo sono-vigília, no apetite, nos padrões comportamentais e de humor, nas relações interpessoais, entre outros, influenciando direta ou indiretamente no processo saúde-doença. Se antes a ociosidade servia para remoer internamente angústias e aflições ou fazer comentários cuja finalidade era apenas catártica, agora, com o grupo, o tempo de ócio é melhor aproveitado, através da valorização dos discursos rotineiros, enquanto possibilidade de suscitar efeitos terapêuticos de reverberação nas diversas esferas da vida.

A realização de dinâmicas, por sua vez, vem possibilitar o acolhimento das demandas verificadas e que, anteriormente, eram invisíveis ou esbarravam nas limitações dos profissionais da oncologia, estes já sobrecarregados diante dos cuidados físicos que o tratamento de um paciente com câncer exige. Assim, ao se acolher os problemas, estes recebem o manejo adequado, abrindo espaço para o diálogo, além de propiciar aos sujeitos, o reconhecimento do outro enquanto pessoa que também sofre e está exposto às mesmas circunstâncias, instaurando um processo de transição, em que o agrupamento de indivíduos se transforma em grupo terapêutico.

Criado esse ambiente receptivo, começam a surgir os temas, cuja natureza é diversa e que, de uma forma ou outra, repercutem no adoecimento, tratamento e prognóstico. A palavra, que antes estava presa ou sem uma finalidade efetiva, põe-se a circular, adquirir movimento, afetando os participantes por meio da identificação, bem como trazendo à cena as histórias de cada um, permeadas por fragilidades, crenças, forças, potencialidades, alegrias, tristezas e esperança.

Por meio de um comando verbal, os membros do grupo se veem estimulados a entrar em contato consigo mesmo, deixando transparecer o contexto e o teor de sua fala, bem como as temáticas que mais lhe afetam, seja positiva ou negativamente. Através do registro sistemático efetuado a cada encontro, pode-se realizar o levantamento dos discursos mais recorrentes nos processos grupais, o que sinalizou, na ordem em que segue, para: a ausência/existência de uma rede de suporte, o receio em expressar os sentimentos, a evidência da religiosidade, o medo de prognóstico desfavorável e o preconceito alheio acerca do câncer.

A respeito da ausência de uma rede de suporte, os participantes elencam o afastamento de amigos e familiares, bem como uma mudança na vida matrimonial, tendendo, em alguns casos, para a frieza do cônjuge e fragilidade do vínculo afetivo com este; ao passo que a presença de suporte é atribuída a uma permanência do convívio com as suas amigas e manutenção do vínculo com a família, em especial com o parceiro, sendo a rede de apoio estendida às instituições religiosas, a Deus e à equipe de saúde.

Como nos mostra Andrade e Vaitsman (2002), a rede de apoio vem repercutir positivamente sob os indivíduos, na medida em que favorece comportamentos de monitoramento da saúde, o compartilhamento de informações, o auxílio em situações de crise, o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, por exemplo, tendo ainda outros fatores não tão esclarecidos, denunciando a falta de um corpo teórico definido no que se refere ao estudo da rede de suporte.

De qualquer forma, os membros do grupo reconhecem a importância deste apoio como um fator de auxílio no enfrentamento das dificuldades vivenciadas no contexto do câncer, mas, com o grupo terapêutico e as intervenções realizadas, observa-se com maior clareza um processo reflexivo dos participantes quanto à qualidade e configuração dos laços afetivos, os dispositivos sócio-comunitários capazes de ajudá-los, bem como uma conscientização na qual o próprio grupo e seus integrantes vão, paulatinamente, se reconhecendo também como elementos de suporte em si mesmos.

Esse reconhecimento torna-se importante, pois amplia a visão dos indivíduos, fazendo-os enxergar mais uma possibilidade de suporte a ser acrescentada com os demais vínculos que possuem, ou até mesmo apresentar-se como o único dispositivo de sua rede de relações capaz de exercer essa função, diminuindo a sensação de desamparo. Dessa forma, o grupo em si adquire condições para fortalecer os vínculos entre as pessoas e aumentar a autonomia dos integrantes, assim como o seu repertório para lidar com as situações adversas, inclusive na mobilização de meios para o resgate dos laços sócio-familiares, quando estes se encontram em degradação.

O receio de expressar os sentimentos foi outro tema evidenciado em grande parte dos encontros, se verificando quase que um imperativo para a alegria, deixando pouca ou nenhuma margem para a expressão dos reais sentimentos vivenciados, como a tristeza, o medo, a vontade de chorar, a raiva, a desesperança, caracterizando-se em relação aos pacientes, enquanto uma fuga em experienciar o sofrimento, ou uma exigência imposta pelos familiares com vista a não ver seu ente querido sofrer e/ou até mesmo, evitar o contato da família com as suas próprias angústias.

Lipovsky (2007) enfatiza que nos tempos atuais, denominados por ele de hipermodernos, o ser humano busca desenfreadamente o prazer e gozo imediato, recorrendo inclusive à medicalização para atingir tal fim. Apesar de essas considerações serem discutidas, pelo autor, no contexto do capitalismo e da sociedade de consumo, elas contribuem na percepção de uma cultura do não sofrimento, verificada também em diversos âmbitos da vida, como a saúde, apontando para a relevância de um espaço, como o grupo do

ambulatório, no qual se torne possível e legítimo a expressão de sentimentos, sejam eles de qualquer natureza.

De acordo com Barreto (2005), todo comportamento, ato, seja ele verbal ou não, individual ou em grupo, possui significados e sentidos, consistindo em uma maneira do sujeito adquirir a sensação de existência e reconhecimento perante os outros. Na prática, quando não se externaliza um sofrimento, ele adquire outras formas de manifestação, como a via somática (a exemplo do mal estar e das dores de cabeça), vindo a interferir na qualidade de vida das pessoas, configurando-se em mais um agravante à saúde dos sujeitos com câncer, público-alvo deste artigo.

Cabe esclarecer que não se objetiva fazer apologia ao sofrimento ou defender a adoção de posturas masoquistas, pelo contrário, propõe-se ao sujeito que se permita experienciar os afetos sentidos para identificá-los e, em seguida, buscar estratégias de superação, ao invés de renegá-los ou mascará-los com sentimentos não fidedignos com o seu real estado emotivo.

Já em relação à religiosidade, considerada um elemento de apoio ao indivíduo, ela é discutida neste momento do texto por ser o terceiro tema mais recorrente nos processos grupais estudados, sendo apresentada em separado da rede de suporte por causa da intensidade e presença maciça nas falas dos participantes, exigindo um aprofundamento maior no entendimento de sua vivacidade frente aos demais suportes sociais utilizados.

Os integrantes do grupo são enfáticos ao afirmar o quanto a descoberta e o tratamento do câncer propiciaram uma mudança de olhar acerca da vida, incitando-os para o rearranjo de suas prioridades e a valorização de aspectos rotineiros da existência, como os momentos junto dos familiares e a passagem de aniversários. Essa ampliação da vida é da ordem da espiritualidade, a qual possibilita, segundo Liberato e Macieira (2008), o encontro com os valores e significados mais profundos, servindo de auxílio na maturidade, na atribuição de significado, na integridade e melhor enfrentamento das circunstâncias.

Todavia, espiritualidade e religiosidade, embora relacionados, não são sinônimos. De acordo com as autoras supracitadas, a primeira está à disposição de todas as pessoas, independentemente de religião, cultura ou grupo determinado, enquanto a segunda, refere-se ao vínculo com um ser supremo por meio do viés religioso, sendo o termo religiosidade escolhido para denominação desta temática, por verificar-se vigorosamente discursos atrelados a Deus e aos dogmas das igrejas.

Portanto, o grupo terapêutico possibilitou a vivência da religiosidade e a utilização da mesma enquanto mecanismo de suporte e motivação para prosseguir com o tratamento, enfrentar seus efeitos colaterais, recaídas e todos os elementos inerentes à labuta diária dos

participantes no convívio com a patologia, além de propiciar a detecção de expressões da religiosidade capazes de trazer malefícios, em que os discursos são marcados pela resignação ou diminuição da responsabilidade do paciente no que diz respeito ao processo de cuidado de si.

Segundo Angerami (2013) a religiosidade se manifesta em momentos de desespero extremo, servindo como alternativa diante das limitações da medicina acerca do câncer ou da impotência do saber médico perante os estágios avançados da doença, tendo o uso da religiosidade o propósito de promover a conquista da cura, a busca pelo sentido da vida, o restabelecimento emocional, o alívio perante os questionamentos sobre uma vida pós-morte e até tentativas de superar a finitude humana, podendo ser vivenciada de maneira negativa quando associada, pelos pacientes, a sentimentos de culpa e punição relativos ao seu estado de saúde, compreendendo-o como provação divina ou por meio da adoção de posturas passivas, em que se esperam ações milagrosas na cura do câncer.

Dessa forma, o trabalho com o grupo do ambulatório acolheu a religiosidade dos participantes, em meio a um ambiente atravessado pelo discurso científico, e permitiu sua expressão positiva, enquanto mais uma dimensão do homem, aqui tratado em sua integralidade, averiguando-se também os casos em que a vivência de aspectos religiosos se mostrou desproporcional, havendo uma supervalorização do transcendental no manejo dos problemas vivenciados, sendo tarefa do coordenador do grupo, convocar todos os integrantes ao exercício do empoderamento e do compromisso com o seu projeto terapêutico, tornando a distribuição entre os aspectos transcendentais e os mundanos um pouco mais equânime.

Intrinsecamente relacionado à expressão da religiosidade está o medo de prognóstico desfavorável, denunciando a apreensão vivida pelos membros do grupo quanto a uma possível piora dos sintomas, o receio de recidivas e o temor da morte, os quais ficam evidenciados por meio da preocupação em sentir uma dor de cabeça ou dor nas costas, por exemplo, remetendo qualquer evento dessa natureza com o agravamento do câncer. Portanto, o indivíduo acaba, muitas vezes, por restringir sua percepção da vida às questões decorrentes da doença, vivendo em função desta quase que exclusivamente.

Angerami (2013) enfatiza que o câncer e suas principais decorrências sempre pairam sob o indivíduo, estando presentes nos cuidados despendidos, na realização de exames rotineiros ou até mesmo quando do término do tratamento, colocando a pessoa numa posição de submissão perante a patologia. Oliveira e Gaspar (2013), ao referirem ao pós-tratamento, vêm elencar o medo de recidivas e a atmosfera de incertezas, ameaças, inseguranças e de vulnerabilidade ao qual o paciente está submetido mesmo quando há o controle da doença.

Vê-se a necessidade, por meio das intervenções psicológicas, de construir coletivamente uma percepção dos diversos papéis que o ser humano ocupa em uma sociedade, para além do de doente, mostrando outras dimensões da vida que merecem ser experienciadas, sem com isso, claro, promover o descaso com a patologia crônica que apresenta, mas sim possibilitar a conscientização de que o sujeito tem a doença, porém não é e nem deve limitar sua existência apenas a ela, com vista a evitar uma despersonalização do indivíduo e, conseqüentemente, o aprisionamento no câncer.

Por vezes, o relato de alguns sintomas sentidos por uma participante pode ser também expressado por outra, gerando o que Freud (1969) denominou de identificação histórica, no qual por via inconsciente, o sujeito toma para si o sintoma de alguém e passa a apresentá-lo, o que pode gerar, no grupo terapêutico, um efeito iatrogênico quando não contornado, devendo-se salientar, aos integrantes, a diferença existente entre uma pessoa e outra, sendo qualquer dúvida sobre a própria condição clínica encaminhada ao médico, com o propósito de realizar as condutas cabíveis e/ou evitar preocupações desnecessárias.

Mesmo com esse contratempo, a importância do grupo em sala de espera não deve ser diminuída, pois essa questão se constitui em uma das muitas variáveis que atravessam a prática profissional neste ambiente, sendo inclusive de extrema relevância a sua identificação, para que o coordenador possa montar estratégias de resolvê-lo ou atenuar sua ocorrência.

O último tema mais frequente nos encontros terapêuticos foi o preconceito alheio acerca do câncer, tendo, alguns integrantes do grupo, que enfrentar nomeações pejorativas de estranhos, conhecidos e até familiares sobre sua condição de saúde, bem como crenças disfuncionais de pessoas diversas em relação ao surgimento da patologia, compreendendo-a equivocadamente como contagiosa.

Segundo Viet e Carvalho (2008) *apud* Fregonese et al (2012) o câncer é cercado de estigma e crenças a respeito de sua etiologia, cujos primórdios esteve ligada à promiscuidade sexual e falta de higiene, recebendo uma conotação errônea de contágio e repugnância. É presente nos discursos do grupo de oncologia, a tristeza dos sujeitos perante os olhares dos outros, além do corte de vínculos por parte das demais pessoas, pelo fato de apresentar medo de se contagiarem por usar mesmos utensílios que os pacientes ou, inclusive, tocá-los.

Observa-se a importância de um elemento bastante discutido na literatura e, principalmente quando se refere ao trabalho em sala de espera: a informação. Vê-se um desconhecimento dos próprios pacientes, familiares e da comunidade acerca do câncer, suas causas, origem, perpetuando um ciclo de preconceito alheio, no qual a falta de informação dos

sujeitos acometidos pela doença acaba por impedir uma defesa sólida contra a ignorância, não agindo, assim, no cerne de todo o estigma verificado.

O grupo do ambulatório então serviu na instrumentalização dos sujeitos, fornecendo informações sobre a multicausalidade do câncer, dirimindo crenças disfuncionais e empoderando os integrantes a buscar mais informações sobre a doença com os demais profissionais envolvidos em seu tratamento. Para tanto, o conhecimento construído neste espaço difere do modelo de palestras, cujo aprendizado é cumulativo, mecânico e desenraizado da realidade, propondo-se a efetivação de uma Educação Libertadora, nos moldes de Freire (2010), pautada no pressuposto que os homens aprendem juntos, compartilhando seus conhecimentos uns com os outros, não existindo saberes mais qualificados, apenas saberes diferentes, os quais por meio de uma relação dialógica possibilitam a ação-reflexão-nova ação de seus atores no mundo e com o mundo, visando à transformação deste e, conseqüentemente, a transformação do próprio homem.

Acredita-se, portanto, no poder transformador do conhecimento e sua inferência sobre a realidade, da mesma forma, que o presente artigo busca conscientizar os leitores acerca do valor da atuação da psicologia no ambiente da sala de espera, através do relato dos frutos e contribuições da mesma no fortalecimento e valorização das redes de suporte, no respeito e legitimação dos sentimentos expressados pelos pacientes, no acolhimento da religiosidade, bem como na ampliação da vida e mobilização de recursos internos e informativos no enfrentamento das situações vivenciadas, sendo oportuno, a partir de agora, tecer algumas considerações finais.

Considerações finais

Ao final de um artigo, o autor depara-se com a incógnita de saber se o seu trabalho atingiu ou não o propósito almejado, ou se o leitor fez uma avaliação positiva do que leu, não tendo a sensação de ter perdido seu tempo. Assim, nas linhas restantes, destinadas as considerações finais, quem escreve tem a última oportunidade de se redimir, fazendo a sua própria avaliação.

Cabe dizer que tratar da sala de espera mostrou-se uma tarefa árdua, devido à existência de um arcabouço teórico incipiente sobre o tema, capaz de compreendê-la para além de um espaço de palestras, o que apontou ainda mais para a urgência e necessidade desse escrito, com todos os percalços e desafios encontrados na atuação psicológica dentro do hospital, assim como na confecção de um trabalho científico.

Se o objetivo era dar visibilidade a sala de espera, supõe-se ter atingido a finalidade, pois se comprovou sua importância como espaço de verbalização e elaboração das problemáticas, as quais não seriam notadas diante de uma conduta pautada na clínica tradicional. Dessa forma, falou-se de tudo um pouco: rede de suporte, religiosidade, preconceito, prognóstico desfavorável e sentimentos embutidos, caracterizando o turbilhão de informações inerente a um ambiente repleto de ansiedades, a espera apenas de um acolhimento e intervenções adequadas.

Talvez o maior empecilho da atuação na sala do ambulatório tenha sido a alta rotatividade do grupo, transformando-o não em um grupo único, mas em grupos totalmente distintos a cada encontro, o que pode ter prejudicado a autogestão grupal, apesar de, a partir de uma determinada ótica, ser considerado também uma vantagem perante a constatação das temáticas comuns a todos os processos grupais. Além disso, foi notório o quanto as atividades desenvolvidas puderam fortalecer egoicamente os indivíduos e ampliar os seus recursos de enfrentamento, diante de tanta dor e sofrimento, fazendo valer, portanto, todo o esforço e dificuldades até aqui.

Por fim, espera-se que mais publicações desta natureza possam existir, contribuindo para o aprimoramento da psicologia enquanto campo de saber que pouco a pouco se liberta das amarras e estereótipos carregados ao longo da sua história, abrindo os olhos para novos caminhos e oportunidades, esperando apenas a coragem de alguém disposto a trilhá-los.

Referências

ALMEIDA, R.A; MALAGRIS, L. E.N. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, dez 2011. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 02/02/2015.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2002. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023&lng=en&nrm=iso>>. Acessado em: 21/02/2015.

ANGERAMI, V. A. A subjetivação do câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

CAMPOS, E. P. Grupos de suporte. In: MELLO FILHO, J. (Org). **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

CAMPOS, E. P. O profissional de saúde: um cuidador. In: CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CARVALHO, M.R.; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, jun.2008. Disponível em <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 15/02/2015.

CASTRO, E. K; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde X Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.24, n.3, set 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>>. Acessado em: 05/02/2015.

CAVINI, J. M. T. G; GASPAR, K. C. Dilemas emocionais dos familiares de pacientes com câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 3, Out. 2004. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10/02/2015.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v.20, n.4, Dec. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso >. Acessado em 15/02/2015.

DALLAGNOL, C.; GOLDBERG, K.; BORGES, V. R. Entrevista psicológica: uma perspectiva do contexto hospitalar. **Revista de Psicologia da IMED**, v.2, n.1, 2010. Disponível em: < <http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/40/39> >. Acessado em: 05/01/2015.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 9, n.2, ago 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200021&lng=en&nrm=iso >. Acessado em: 01/11/2014.

FIORINI, H. J. Delimitação técnica das psicoterapias. In: FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias** [trad.Maria Stela Gonçalves]. Ed. ampl. São Paulo: Martins Fontes, 2004. (Coleção Psicologia e Pedagogia).

FRANCO, M. H. P. A família em psico-oncologia. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J. ; LIBERATO, R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT, M.T.; GOMES, M. J. B.; HOLTZ, L. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

FREGONESE, A. A.; SILVA, A. C.; PALERMO, D. L.; ESPALLARGAS, D. B.; PINTO, L.A; HORTA, P. A. C.; BRUSCATO, W. L. Psico-oncologia. In: BRUSCATO, W. L. (Org.). **A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREUD, S. **Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GUIMARÃES, L. A. M; GRUBITS, S.; FREIRE, H. B.G. Psicologia da saúde: conceitos e evolução do campo. In: GRUBITS, S; GUIMARÃES, L. A. M.(Orgs). **Psicologia da Saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar**. São Paulo: Vetor, 2007.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, S. M. C. (Org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

IVANCKO, S. E o tratamento se inicia na sala de espera... In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Thomson pioneira, 2004.

LANE, S.T. M. O processo grupal. In: LANE, S. T. M; CODO, W. (Orgs). **Psicologia Social: o homem em movimento**. 8 ed. São Paulo. Editora Brasiliense, 1989.

LECLAIRE, S. O Ouvido com o que convém ouvir. In: **Psicanalisar**. 2 ed. São Paulo: Editora Perspectivas, 2007.

LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. C. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J. ; LIBERATO, R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT, M.T.; GOMES, M. J. B.; HOLTZ, L. (Orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal**: ensaios sobre a sociedade de hiperconsumo. [trad. Maria Lúcia Machado]. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MACIEIRA, R.C.; MALUF, M. F.; Sexualidade e câncer. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M. H. P.; KOVÁCS, M. J. ; LIBERATO, R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT, M.T.; GOMES, M. J. B.; HOLTZ, L. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

MELLO FILHO, J. Histórico e evolução da psicoterapia de grupo. In: MELLO FILHO, J. (Org). **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MOREIRA, J. O; ROMAGNOLI, R.C; NEVES, E.O. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia**: ciência e profissão, Brasília, v. 27, n. 4, dez 2007. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200004&lng=pt&nrm=iso >. Acessado em: 10/01/2015.

OLIVEIRA, D. A.; GASPAR, K. C. Implicações do câncer no cotidiano da pessoa no pós-tratamento. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

ORTOLAN, P. E. ; GASPAR, K. C. A importância do cuidado em oncologia: considerações acerca dos profissionais de saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

PAULIN, T.; LUZIO, C. A. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.8, n 2, 2009. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.assis.unesp.br%2Frevpsico%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2FviewFile%2F138%2F170&ei=8zL-VJ6HMcXdsATKoYCQBQ&usq=AFQjCNGxgD-OePjUfFukAewW7pnpz9UNAA>>. Acessado em: 08/01/2015.

PORTELA, M. A. A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas v. 25, n.1, mar 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05/12/2014.

RIBEIRO, J. L. P. A psicologia da saúde. In: ALVES, R. F. (Org.). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

RIBEIRO, J. P. Conceitos básicos da teoria gestáltica. In: RIBEIRO, J.P. **Gestalt-terapia: o processo grupal – uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística**. São Paulo: Summus, 1994.

SANTOS JÚNIOR, A. Considerações psiquiátricas no manejo de pacientes com câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

VERAS, K. **Observação clínica: objetos e método**, s/d.

YAMAMOTO, O.H.; OLIVEIRA, I. F. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. especial, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a02v26ns.pdf> >. Acessado em: 21/01/2015.

ZIMERMAN, D. E. Importância e conceituação de grupo. In: ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.