

A CLÍNICA AMPLIADA NA PSICOLOGIA: GRUPOS NAS SALAS DE ESPERA DO HOSPITAL GERAL

Carla Ribeiro Guedes

Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal Fluminense (UFF)
carla.rguedes@gmail.com

O artigo apresenta os grupos nas salas de espera, com ênfase na prevenção e promoção de saúde, como estratégia para a vivência de uma Clínica Ampliada no contexto hospitalar na formação de Psicologia. A metodologia, relata a experiência da atividade de extensão com grupos de usuários de um hospital universitário federal, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. A equipe foi formada por discentes de Psicologia e de outros cursos de graduação – Farmácia, Medicina e Biologia. Constatou-se que, ao abordar temas como febre amarela, infecções sexualmente transmissíveis e ansiedade, produziu-se um espaço no qual os pacientes puderam refletir sobre sua saúde, suas vidas e formas de autocuidado. A Clínica Ampliada propiciou aos estudantes uma aprendizagem do cuidado interdisciplinar e vivencial com elementos que envolveram a escuta, o diálogo e os afetos.

Palavras-Chave: Clínica Ampliada; Psicologia; grupos; sala de espera; hospital.

This article presents the experience of groups in waiting rooms with an emphasis on prevention and promotion health as a strategy in an "extended clinic" in hospital settings in a course on Psychology. Methodologically, we describe the experience of an extension course to user groups of a University Hospital administered by the federal government in the state of Rio de Janeiro, Brazil. The team consisted of Psychology students and other Pharmacy undergraduate students, Medicine and Biology. We notice that when dealing with issues like yellow fever, STDs and anxiety, we created a group space where patients could reflect on their own health, lives and self-care. We conclude that an extended clinic allows students to learn in a caring way built through interdisciplinary experiences with elements that enable care, dialogue and listening.

Keywords: Wide Clinic; Psychology; groups; waiting rooms; hospital.



INTRODUÇÃO

O campo de atuação do psicólogo no hospital é tradicionalmente conhecido no Brasil como “Psicologia Hospitalar”. O surgimento e a consolidação deste termo em nosso país advém das políticas de saúde centradas no hospital desde a década de 1940. Modelo que prioriza as ações de saúde em atenção secundária — com perspectiva do modelo clínico/assistencialista, em detrimento das ações em saúde coletiva — com enfoque sanitário. A partir deste período, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde; noção essa que, de certo modo, perdura ainda hoje (Castro e Bornholdt, 2004).

A especialidade em Psicologia Hospitalar é inexistente em outros países e conhecida normalmente por Psicologia da Saúde; não se tratando, porém, de conceitos equivalentes pelo próprio significado dos seus termos: hospital e saúde. O primeiro refere-se a um campo de atuação específico, a instituição hospitalar, e o outro trata de um conceito complexo, a saúde, e que envolve as funções orgânicas, físicas e mentais e se dá em diferentes instituições. Além disso, a prática do profissional de Psicologia da Saúde abrange os níveis de atenção primário, secundário e terciário, e o da Psicologia Hospitalar os dois últimos, visto que o tratamento se dá quando a doença já está instaurada (Castro e Bornholdt, 2004).

Romano (1999) entende que o psicólogo hospitalar é aquele que exerce “o seu olhar como um clínico, no sentido mais estrito da palavra, isto é, à ‘beira do leito’, diretamente voltado ao doente” (1999, p. 25). Ele deve estar ao lado do paciente, onde os acontecimentos estão ocorrendo, colaborando com a equipe e visando a abordagem do paciente e da sua família. Chiattone (2000)

apresenta uma perspectiva na mesma direção, na qual o trabalho do psicólogo hospitalar não se trata de uma mera transposição do modelo clínico de consultório para o hospital geral. É necessário estar atento à nova espacialidade e temporalidade impostas no hospital com o fim da privacidade (característica do atendimento em consultório) e à imposição do ritmo temporal do paciente, em virtude do processo de adoecimento e hospitalização.

Trata-se, portanto, de uma especialidade voltada à assistência psicológica dos pacientes e seus familiares, com objetivo de focar no paciente, em seu processo de adoecer e sua hospitalização (Angerami-Camon, 1996, 2001; Chiattone, 2000). Segundo Simonetti “é o campo de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (2004, p. 15).

Concordamos com Castro e Bornholdt (2004) que a configuração do campo da “Psicologia Hospitalar” é fruto do forte componente histórico no país de atenção à saúde centrada nos hospitais. Modelo que é comumente nomeado de “hospitalocêntrico”. Entretanto, nas últimas décadas acompanhamos a implantação de políticas públicas no Brasil que visam fortalecer a atenção primária à saúde, bem como outras ações que têm como foco a integração entre a assistência, a prevenção e a promoção da saúde.

Nesse estudo, esperamos produzir uma inflexão a esse enfoque tradicional ao propor que a clínica psicológica em hospitais se dedique também aos grupos de prevenção e promoção de saúde, e configure-se em uma prática interdisciplinar. Defendemos que a noção de Clínica Ampliada seja balizadora da atuação do psicólogo nesse campo.

Esse artigo visa, portanto, apresentar os grupos nas salas de espera, com ênfase na prevenção e promo-

ção de saúde, como estratégia para a vivência de uma Clínica Ampliada no contexto hospitalar na formação em Psicologia. Como metodologia, relatamos a experiência de uma atividade de Extensão que desenvolveu esses grupos em um hospital universitário federal, no estado do Rio de Janeiro. A equipe foi formada por estudantes de Psicologia e de outros cursos de graduação – Farmácia, Medicina e Biologia – e coordenada por uma psicóloga, professora da universidade.

A CLÍNICA AMPLIADA

O conceito de Clínica Ampliada foi formulado pelo sanitário Gastão Wagner Campos (2003) e aparece como um contraponto à racionalidade médica hegemônica, a chamada biomedicina (Camargo Jr., 2003). Essa proposta defende uma reforma da clínica moderna, ao sugerir um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la no sujeito concreto, por essa razão é nomeada de “Clínica do Sujeito”.

A clínica moderna, da qual Campos (2003) defende a reforma, tem como marco histórico o século XIX. Foucault (2001) afirma que a medicina passa a pensar a doença como localizada no corpo humano e a anatomia patológica insere-se na prática médica. Desde então, consolida-se o projeto de se situar o saber e a prática médica no interior do modelo das ciências naturais. Com isso, a medicina faz sua opção por um certo olhar, fazendo surgir a objetividade da doença enquanto a subjetividade passa a ser entendida como uma anomalia no paradigma biomédico (Guedes et al, 2006).

Onocko-Campos e Campos (2009) ressaltam que, no início do século XX, Freud fundou uma clínica baseada não somente no olhar, mas na escuta. Propôs um outro *setting* que coloca a escuta e a fala do usuário no

centro da clínica, não a visão objetiva do profissional. No entanto, os autores lamentam que, de forma geral, continua-se cindindo essas duas dimensões nas práticas em saúde e até mesmo são criados *settings* distintos para operar com elas: “consultas médicas (puro olhar, pura externalidade) versus consultas psicológicas (pura escuta)” (2009, p. 678). A ampliação da clínica tem como finalidade recolocar essas duas dimensões em contato.

A Clínica Ampliada atualmente faz parte de uma política pública de saúde, constituindo-se como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (Brasil 2006; Brasil, 2009). Tem como finalidade integrar os três enfoques que fazem parte do trabalho em saúde: o biomédico, o social e o psicológico. Reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância de um aspecto, sem que isso signifique a negação dos demais. Implica também em compartilhar saberes, poderes e trabalhar em equipe.

Partimos do princípio de que para que um psicólogo esteja apto a exercer uma Clínica Ampliada é preciso trabalhar com algumas noções do âmbito das chamadas tecnologias leves (Mehry, 2000) ou relacionais, em especial a escuta, os afetos, o diálogo e o estímulo à autonomia dos sujeitos.

Na escuta, é importante que a doença seja compreendida e correlacionada com a vida (Brasil, 2009). É através da fala que ocorre a passagem de doença para adoecimento; se o paciente não fala, existe apenas a realidade biológica da doença, mas se ele fala, surge a subjetividade e, com ela, o adoecimento. Doenças não falam, doentes sim (Simonetti, 2004).

Nos afetos é preciso entender o adoecimento como um fenômeno regressivo, o qual leva a pessoa a estabelecer vínculos já experimentados anteriormente



em sua história (Simonetti, 2004). Freud classificou a transferência como positiva (predominância de afeto amistoso e cooperativo) ou negativa (predominância de afeto hostil e competitivo) e, quando o que está em foco são os sentimentos do analista em relação ao paciente, a “contratransferência”. O que é importante notar é que esses sentimentos podem interferir na qualidade da assistência aos pacientes, por isso a importância de se estar atento aos afetos que são dirigidos aos profissionais e que eles dirigem aos seus pacientes. Se possível compreendê-los dentro do contexto de vida (Brasil, 2009).

O diálogo é uma questão central na prática clínica. Os encontros clínicos precisam estar focados na busca da construção de uma narrativa pessoal do paciente sobre o seu adoecimento, integrando os aspectos socioculturais e subjetivos. É preciso abrir possibilidades para que fale sobre o seu adoecer e como lida com ele, ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde possam apresentar os riscos envolvidos, e que possam discutir e negociar os caminhos a seguir (Brasil, 2009).

A construção de autonomia dos sujeitos trata da capacidade de reflexão e de ação autônoma nos processos de produção de saúde. De acordo com Onocko-Campos e Campos:

A coprodução de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito agir sobre o mundo, de interferir sobre a sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação (2009, p. 671).

Compartilhamos da perspectiva dos autores de que é necessário refletir sobre a noção de sujeito. Se pensarmos o ser humano agindo somente movido pela consciência, as ações de promoção e prevenção se direcionariam à razão e visariam alcançar a racionalidade para transformar atitudes, estilos de vida e comportamentos. Ao pensarmos o ser humano também como sujeito do inconsciente podemos melhor compreender que nem sempre fazemos escolhas racionais, tampouco os nossos pacientes: “Por que alguém continua fumando? Ou bebendo? Ou sustentando qualquer prática não saudável apesar de ‘saber’ (quer dizer: estar muitas vezes racionalmente informado) que isso lhe fará mal?” (Onocko-Campos; Campos, 2009, p. 677)

A partir dessas concepções podemos melhor situar a nossa prática em saúde no âmbito da Clínica Ampliada. A dimensão técnica do nosso trabalho está a serviço das estratégias de vida dos usuários e tem como norte uma busca de maiores coeficientes de autonomia.

Em seguida, apresentamos como as noções aqui apresentadas articulam-se com as práticas de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas nas salas de espera dos hospitais.

GRUPOS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS SALAS DE ESPERA

A literatura sobre atividades de grupo em salas de espera, com uma perspectiva que articule a psicologia e a Clínica Ampliada, ainda é escassa e situa-se em especial no âmbito da Saúde Mental (Lima et al, 2018) e da Saúde Coletiva em unidades da atenção básica (Zambenedetti, 2012).

A sala de espera é um território dinâmico, com movimento de pessoas à espera de um atendimento. É

composta por diferentes atores: profissionais de saúde que chamam os pacientes para as consultas, vigilantes, familiares e crianças. O espaço pode ser em uma sala simples, apenas com cadeiras, ou equipada (televisor, vídeo), e até mesmo um corredor (Teixeira, Veloso, 2006).

Os usuários, ao aguardarem atendimento, costumam conversar entre eles, trocam suas experiências, embora não se conheçam e tampouco mantenham algum vínculo entre si. Esse fenômeno é denominado por Zimerman e Osório (1997) como “agrupamento”, porém os autores ressaltam que todo agrupamento tem a potencialidade de se tornar um grupo, isto é, um conjunto de pessoas, reunidas em um determinado tempo e espaço, que compartilham algum objetivo e se colocam em interação para atingi-lo (Osório, 2006).

Desse modo, quando uma ação de prevenção e promoção à saúde é proposta na sala de espera, forma-se um grupo. Para viabilizar a sua construção é preciso vivenciar a Clínica Ampliada, em especial as tecnologias relacionais, representadas nas salas de espera pela habilidade do acadêmico de se comunicar e se relacionar com pessoas, de lidar com suas emoções e de trabalhar com diversas práticas e representações a fim de que preconceitos e estereótipos não interferiam nas suas intervenções.

Sendo assim, a vivência na sala de espera possibilita também que o graduando desenvolva capacidade discursiva e interativa, de forma a reconhecer a realidade socio-cultural dos usuários, suas representações, conceitos, preconceitos e os seus saberes populares. O que inclui as representações dos sujeitos sobre o processo saúde-doença e cuidados com o corpo (Teixeira, Veloso, 2006).

De acordo com Teixeira e Veloso (2006), enquanto os usuários esperam o atendimento costumam falar

das suas aflições, de suas doenças, do atendimento na instituição e da vida cotidiana. Nesse cenário se dá a possibilidade de diálogo entre os saberes popular e técnico-científico: “Ocorre, então, uma troca de experiências comuns, do saber popular e das distintas maneiras de cuidado com o corpo, de modo que o linguajar popular interage com os saberes dos profissionais de saúde” (2006, p.321).

Desse modo, os estudantes ao conduzirem à formação de um grupo podem ter como objetivo construir, através de uma forma dialógica e interativa, uma relação que busque uma maior autonomia dos usuários.

Concordamos com Soares (2017) que pensar as ações de educação, prevenção e promoção em saúde associadas à autonomia é reconhecer que o principal sujeito do processo terapêutico é a pessoa que se encontra em busca de cuidado. As medicinas, as tecnologias médicas e os profissionais de saúde podem se colocar como mediadores no processo terapêutico, mas os pacientes enquanto sujeitos podem ser estimulados a se tornarem ativos, conscientes e corresponsáveis pelo processo saúde-doença.

A seguir apresentamos a experiência de grupos nas salas de espera do hospital desenvolvida no âmbito de um projeto de Extensão.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Justificativa e objetivos

Para o exercício de uma Clínica Ampliada pela psicologia e demais graduações de saúde, faz-se necessário experimentar durante a formação uma diversidade de cenários de ensino-aprendizagem. São lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento

de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social (Henriques et al, 2006).

Entendemos que um serviço regular de grupos de promoção à saúde conduzido por estudantes nas salas de espera dos ambulatórios do hospital universitário é uma forma de construir novos cenários de aquisição de habilidades e competências para a prática do cuidado. Concomitantemente, pode-se oferecer uma assistência diferenciada aos usuários, voltada ao estímulo a sujeitos mais autônomos e responsáveis por seus corpos e pelos seus processos de saúde e doença.

Metodologia

A metodologia de trabalho consistiu nas seguintes etapas:

1. Seleção dos participantes;
2. Apresentação do projeto de extensão e pactuações com a equipe de acadêmicos;
3. Levantamento de temas de interesse dos usuários nos ambulatórios;
4. Discussão dos textos de apoio;
5. Definição do método de intervenção;
6. Planejamento das atividades de promoção à saúde;
7. Atividade de promoção à saúde nas salas de espera dos ambulatórios do hospital.

Relato da Experiência

1. Seleção dos participantes:

O processo seletivo foi aberto para alunos de Psicologia, Medicina e Farmácia, cursos com os quais a coordena-

dora tinha uma maior interlocução. Os estudantes de Psicologia tiveram grande interesse e ocuparam o maior número de vagas (4), sendo as restantes (2) ocupadas por alunos de Medicina, Farmácia e, durante um semestre, por um aluno de Biologia.

2. Apresentação da atividade de extensão e pactuações:

Foi realizada uma conversa com o grupo sobre o objetivo e a metodologia do projeto. Pactuou-se a frequência, o dia da semana e o horário. O grupo chegou ao consenso de encontros quinzenais com duração de duas horas.

3. Levantamento de temas de interesse dos usuários nos ambulatórios:

Os estudantes dedicaram-se a conhecer os ambulatórios e a interagirem com os usuários. O hospital possui amplos ambulatórios com capacidade em torno de cem pessoas. Em cada um deles há pacientes que aguardam atendimento de distintas especialidades médicas, as quais variam de acordo com dia da semana e turno (manhã ou tarde). As cadeiras são fixas, há um placar eletrônico que chama os pacientes para as consultas, mas também em alguns casos são chamados pelos médicos. O trânsito de pessoas é intenso: equipe de saúde, internos, residentes recepcionistas, familiares e acompanhantes.

Os acadêmicos estabeleceram conversas com alguns usuários que aguardavam suas consultas a fim de identificar os temas de interesse a serem abordados no trabalho de prevenção e promoção à saúde nas salas de espera. Ao fim, foram elencados os temas mais mencionados. Definimos que iríamos abordar três temáticas em momentos distintos: a febre amarela, as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a ansiedade.



4. Discussão dos textos de apoio:

Foram debatidos textos com relatos de experiências de grupos de educação e promoção em saúde. Os quais forneceram métodos e referenciais teóricos para que os estudantes pudessem conceber as atividades educativas.

5. Definição do método:

Com base nos textos de apoio e da orientação da coordenadora do projeto, definiu-se que a atividade nos ambulatórios teria como método uma dinâmica interativa, participativa e lúdica, com base em jogos e dramatizações. Buscávamos, assim, o diálogo, a interação e a troca de saberes popular e técnico-científico (Teixeira, Veloso, 2006; Zambenedetti, 2012).

Ficou acordado que para cada tema seria preparado e entregue aos usuários um material comunicativo em formato de panfleto, para que tivessem em mãos informações que pudessem levar para as suas casas e compartilhar com os familiares e os amigos. A abordagem seria composta por três tópicos: “o que é”, “medidas de prevenção/promoção” e “onde procurar atendimento na rede de saúde pública”. Para essa preparação, os estudantes pesquisaram em fontes oficiais: ministério da saúde e secretarias de saúde dos estados e municípios.

6. Planejamento das atividades de promoção à saúde:

Foi deliberado que cada tema seria seguido de quatro a seis atividades de promoção à saúde na sala de espera. Somente depois se iniciaria um novo ciclo com outra temática. O processo de planejamento consistiu em cada participante do grupo trazer uma sugestão de dinâmica a ser trabalhada. Após uma rodada de ideias, construímos uma proposta.

Depois da etapa de planejamento, realizamos alguns ensaios com a designação dos papéis de cada componente, análise das falas e as estratégias para estimular a capacidade dialógica e reflexiva dos usuários nas salas de espera (Guedes, Nascimento, 2017).

A coordenadora do projeto participou de todo o processo de elaboração e ensaios, mas nas ações nas salas de espera colocou-se apenas como espectadora. As atividades nas salas de espera foram inteiramente conduzidas pela equipe de acadêmicos.

7. Prevenção e promoção à saúde nas salas de espera dos ambulatórios do hospital:

Febre amarela

O início da extensão ocorreu em um contexto de epidemia da febre amarela, em abril de 2017. O grupo iniciou a intervenção com apresentação nominal e comunicou que era formado por estudantes de graduação da universidade (cada um mencionava o seu respectivo curso de graduação). A seguir, um membro da equipe realizou um convite para a participação dos usuários: “*Estamos aqui para fazer um jogo sobre a febre amarela. Vocês gostariam de jogar e conversar com a gente?*”

Após a concordância, começou um jogo de perguntas e respostas sobre a temática, seguida de debate. As perguntas foram feitas como afirmativas, e a cada afirmação a equipe perguntava se era “mito” ou “verdade”. Os participantes respondiam com placas (a cor verde “verdade” e a vermelha “mito”). Após levantarem as placas, os estudantes trabalhavam o tema perguntando o porquê de suas respostas: “*Como é seu nome? Por que acha que é verdade?*”, “*E você, acha que é mito? Porquê?*”

Dessa forma, foram questionadas algumas crenças que surgiram no decorrer do surto da doença. Na época,

havia a disseminação de um boato que envolvia a transmissão da doença por macacos, o que estava causando agressões e até mesmo o extermínio desses animais. A vacinação também era motivo de indagações, muitos pacientes tinham temores dos seus efeitos colaterais.

Através dessa dinâmica, as respostas corretas foram construídas coletivamente. Os próprios pacientes trouxeram informações apreendidas, os erros de alguns foram corrigidos por outros usuários e complementados pelo grupo de alunos.

O tema da febre amarela foi trabalhado durante quatro encontros com frequência quinzenal, a ação durou entre vinte e trinta minutos.

Infecção sexualmente transmissíveis (IST)

O segundo tema trabalhado foi infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A exemplo do tema anterior, o grupo iniciava a intervenção com apresentação nominal e informava que era composto por acadêmicos de diferentes cursos da universidade, seguido do convite para a participação dos usuários.

Como dinâmica para facilitar a interação, foram criadas diferentes histórias com situações que envolviam preconceitos, crenças e as diferentes formas de contágio. As histórias foram encenadas por alunos diferentes, como pequenos esquetes. Ao fim, perguntavam aos usuários o que achavam daquela situação. A seguir há trechos das histórias com comentários dos participantes:

"Dona Maria que era casada há 30 anos e tinha certeza de que não precisava usar preservativo porque mulheres casadas não precisam". No debate, uma paciente disse que os parceiros podem trair; uma outra mulher, revelou que costumava colocar uma camisinha na carteira

do marido. Outra acompanhada do companheiro, pediu publicamente que ele prestasse atenção no assunto.

"Priscila conheceu Pedro e na mesma noite os dois resolveram ter relação sexual sem preservativo porque ambos tinham feito teste de HIV recentemente e tinha dado negativo". Após escutar a situação contada pelo estudante, uma participante disse que o casal não se protegeu de outras infecções transmissíveis. Um outro usuário apontou que eles poderiam ter contraído o HIV depois do exame feito.

"Marcos não queria entrar na piscina em que estava a colega que ele descobriu que tinha HIV". Uma das participantes disse "você não pega HIV usando a piscina", uma outra completou: "nem com beijo, abraço ou talheres". Podemos assim discutir sobre os preconceitos que ainda encontramos em relação a pessoas que vivem com HIV.

"Ana dividia o apartamento com uma amiga e ambas compartilhavam a gilete para a depilação". Muitos pacientes se surpreenderam em saber que havia riscos de contágio pelo compartilhamento de giletes, seringas e objetos cortantes.

A postura dos facilitadores do grupo foi de estimular a participação das pessoas e produzir em conjunto reflexão sobre o conteúdo abordado, o que incluiu os preconceitos, os julgamentos, os estereótipos, bem como dar informações ou complementá-las, caso as mesmas não tivessem sido colocadas pelos participantes.

Após o debate das histórias, foi feita uma conversa sobre o uso do preservativo feminino, suas vantagens, principalmente em relação à autonomia feminina. Em seguida, realizada a demonstração de como usar, o que despertou um grande interesse no público – pediam para ver e para tocar. Também foram dadas orientações sobre a testagem e oferecidos preservativos masculinos e femininos.

Uma questão que se destacou nos encontros foi a participação feminina. Muitas mulheres, em especial as que se encontravam em relações estáveis, ficaram visivelmente tocadas com a possibilidade de contágio de doenças por seus parceiros e foi muito comum perguntarem onde podiam realizar a testagem para ISTs.

O tema das infecções sexualmente transmissíveis foi trabalhado em diferentes salas de espera dos ambulatórios durante seis encontros com frequência quinzenal, a duração variou entre trinta e cinco a cinquenta minutos.

Ansiedade

Para abordar o tema da ansiedade o grupo criou diferentes estratégias. Como de costume, iniciou a intervenção com a apresentação da equipe de facilitadores e o convite para a participação dos usuários.

Em seguida, foi proposto um alongamento, conduzido por uma acadêmica. Os participantes eram convidados a se levantar das cadeiras e fazer alguns movimentos simples para que pudessem descontrair e para criar um ambiente de maior conexão com a equipe.

O passo seguinte foi uma reflexão conjunta sobre o que é a ansiedade: “*O que é ansiedade para você?*”, “*Que situação te deixa ansioso?*”. Após os relatos, os extensionistas apresentavam de forma teatralizada algumas histórias envolvendo ansiedade, seguidas de debate. Abaixo, alguns trechos e comentários dos participantes na sala de espera.

“*Seu Antônio toda vez que tem consulta no hospital fica com pressão alta*”. “*Vocês também ficam quando vem para cá (para o hospital)?*”, “*O que vocês fazem quando ficam ansiosos?*”. Uma das pacientes mencionou que faz tricô na sala de espera para acalmar. Vários participantes mencionaram atividades que ajudam a lidar com a ansiedade, como caminhada e ginástica na praça.

“*Dona Maria, depois de suar frio e ter taquicardia no ônibus, tomou um rivotril da vizinha*”. Quando a história acabou, muita gente levantou a mão para poder falar: “*não se pode tomar rivotril por conta própria*”, outro mencionou “*tem que ter receita médica!*”. Realizaram-se debates em torno da automedicação, os efeitos colaterais desse tipo de medicamento, bem como a ideia, altamente difundida na sociedade da medicação como forma de resolução rápida dos problemas.

“*Dona Joana de tanto conferir se tinha deixado a janela aberta, o gás ligado ou se tinha trancado a porta acabou perdendo a missa*”. Os pacientes riram da história, uma delas perguntou: “*por que ela é assim?*”. Pode-se conversar sobre uma ansiedade que “prejudica a vida” e que nessas horas é indicado buscar profissionais da área da saúde mental, como os psicólogos e psiquiatras.

Também foram abordadas as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) do Sistema Único de Saúde: acupuntura, homeopatia e fitoterapia: “*Vocês conhecem?*”, “*Já fizeram uso?*”. Alguns usuários falaram sobre a homeopatia (serviço oferecido na rede de saúde pública do município), no entanto, a fitoterapia foi a mais comentada. Foram citados por eles diferentes chás para acalmar, relaxar e dormir bem.

Para encerrar, foi realizado um relaxamento em que foi pedido para os participantes se sentarem (ou permanecerem sentados) nas cadeiras da sala de espera e uma das estudantes praticou uma técnica de respiração junto com os usuários.

Ao final, a equipe de estudantes ofereceu ao público um chá de camomila. Um diálogo mais individualizado costumava acontecer enquanto a equipe entregava os folhetos informativos.



Foram realizados seis encontros, com frequência quinzenal, com duração de trinta e cinco a sessenta minutos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade de extensão ocorreu no período de abril de 2017 a julho de 2019. Foram realizados doze encontros preparatórios (etapas de levantamento de interesse dos usuários, leituras de texto e de planejamento) e dezesseis grupos de salas de espera nos ambulatórios do hospital universitário. Ao longo dos dois anos e meio, atingiu-se um público de aproximadamente oitocentas pessoas.

O grupo de discentes manteve-se praticamente o mesmo, com a saída de dois alunos devido ao término da graduação, sendo substituídos por outros do mesmo curso de Psicologia. A não evasão nos parece um indicador do vínculo e dos ganhos da atividade para a formação profissional.

Um dos principais resultados em termos da formação relaciona-se à interação dos acadêmicos com os usuários nas salas de espera. Inicialmente mais tímidos e tendo que se adaptar aos fluxos do *setting* hospitalar (Teixeira, Veloso, 2006), aos poucos os extensionistas foram ficando mais à vontade para conversar, indagar, refletir e acolher os pacientes. Puderam assim vivenciar a Clínica Ampliada em ato, com elementos que envolviam a escuta, os afetos e o diálogo (Brasil, 2009).

Uma questão muito valorizada pelos estudantes foi ter a oportunidade de trabalhar em uma equipe interdisciplinar. Os saberes de Psicologia, Medicina, Farmácia e Biologia se integraram no planejamento e na ação de promoção à saúde. Percebemos que, durante esse processo, a cada novo tema os acadêmicos iam se apropriando desse modo coletivo de trabalho. Se na temá-

tica da febre amarela recorreu-se a um simples jogo de “mito e verdade”, no grupo sobre a ansiedade houve alongamento, dramatizações, exercício de relaxamento e distribuição de chá. Observou-se assim que os conteúdos abordados e as dinâmicas propostas foram se tornando mais criativos e variados.

Consideramos que foi possível produzir um método de intervenção problematizador (Zambenetti, 2012), uma vez que houve por parte dos usuários interesse, participação, reflexões sobre seus preconceitos e os seus estilos de vida.

A partir desse modo de fazer foi possível estimular a autonomia e o autocuidado dos participantes do grupo. Indagações como “*Quais são as estratégias que você pode construir para melhor lidar com a ansiedade?*”, “*A partir da nossa conversa hoje, como você pode se prevenir do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis?*” tinham como propósito provocar os sujeitos a construir formas singulares de lidar com as suas questões de saúde e doença. Como sugere Onocko-Campos e Campos (2016), exercitou-se um olhar para um projeto terapêuticos co-construído entre profissionais/acadêmicos e pacientes.

Devido a cortes governamentais na universidade pública, no último ano do projeto passamos a ter dificuldades em termos de recursos financeiros para a confecção dos panfletos. O material educativo foi durante todo o processo muito bem recebido pelos usuários. Comumente, pediam para levar aos familiares e amigos. E mesmo quando precisavam sair antes do término da atividade para as consultas, dirigiam-se a algum membro da equipe e solicitavam os folhetos.

Também não conseguimos a manutenção das duas bolsas de extensão que eram oferecidas aos discentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que foi possível produzir um espaço grupal clínico para que os usuários pudessem refletir sobre seus processos de saúde e doença, suas vidas, seus corpos e formas de autocuidado.

Por parte da equipe de estudantes, houve amadurecimento acadêmico, aquisição de habilidades relacionais e aprendizado do trabalho interdisciplinar. Durante os encontros abordou-se a singularidade dos participantes através das suas dimensões subjetivas, culturais e sociais, o que Campos e Guerreiro (2008) nomeiam de Clínica Ampliada.

Encerramos esse artigo com um convite para que docentes, supervisores e psicólogos ampliem o olhar e o campo de intervenção, dentro de uma perspectiva hospitalar, e possam incorporar trabalhos de prevenção e promoção à saúde que não são pensados tradicionalmente como clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angerami-Camon-, Valdemar Augusto et al (Orgs.) (2001). *E a psicologia entrou no hospital.* São Paulo: Pioneira.
- _____. *Psicologia Hospitalar: teoria e prática.* São Paulo: Pioneira.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2006). *HumanizaSUS – Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009). *Clínica Ampliada e Compartilhada.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo Jr., Kenneth Rochel (2003). *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica.* São Paulo: HUCITEC.
- Campos, Gastão Wagner (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada do trabalho em saúde. *Saúde Paidéia.* São Paulo: HUCITEC, p. 51-67.
- Campos, Gastão Wagner; Guerrero, André Vinícius Pires (2008). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Castro, Elisa Kern; Bornholdt, Ellen (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão,* Brasília, v. 24, n.3, p. 48-57.
- Chiattoni, Heloisa Benevides de Carvalho (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon V.A et al (Orgs.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.* São Paulo: Pioneira, p.73-165.
- Foucault, Michel (2001). *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Guedes, Carla Ribeiro; Nogueira, Maria Inês; Camargo Jr., Kenneth Rochel (2006). A subjetividade como anomalia:

- contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-103.
- Guedes, Carla Ribeiro; Nascimento, Marilene Cabral (2016). Por uma clínica ampliada na formação médica: uma experiência de ensino. Rio de Janeiro, *Diversitates*, v. 8, dezembro.
- Henriques, Regina Lúcia Monteiro; Macêdo, Maria do Carmo Santos; Romano, Regina Aurora Trino; Pinheiro, Roseni (2005). Cenários de aprendizagem: inserção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro Roseni, Cecim Ricardo Burg; Mattos Ruben Araújo. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, p. 229-250.
- Lima, Alana de Oliveira, et al (2018). A clínica em (des)construção: a sala de espera como potência política para a reforma psiquiátrica. *Revista De Psicologia*, v. 9, n. 2, 70-75.
- Merhy, Emerson. E (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde educação*. São Paulo, v.6, p.109-125.
- Onocko-Campos, Rosana; Campos, Gastão Wagner (2006). Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. IN: Campos, Gastão Wagner et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, p. 669-688.
- Romano, Belkins Wilma (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Simonetti, Alfredo (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Soares, Jussara (2016). Reflexões sobre as dimensões educativas das práticas em saúde. In: Nascimento, Marilene Cabral; Guedes, Carla Ribeiro (orgs.). *Saúde, Sociedade e Cultura: ciências sociais e humanas para graduações em saúde*. São Paulo: HUCITE, p. 135-146.
- Osório, Luiz Carlos (2006). *Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, Enéas Rangel, Veloso Raquel Coutinho (2006). O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto - enfermagem*. V. 15, n.2, p. 320-325.
- Zambenedetti, Gustavo (2012). Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. São Paulo, *Saude e Sociedade*, v.21, n.4, p. 1075-1086.
- Zimerman, David; Osório, Luiz Carlos (Org.) (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.