SALA DE ESPERA: UM CENÁRIO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE[1]

Luciane Milani [2]
Alessandra Regina Muller Germani [3]

RESUMO*:* O presente estudo trata de uma revisão de literatura sobre a temática sala de espera e as práticas de educação em saúde. Neste cenário evidencia-se a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação. Com base nesta compreensão este busca refletir acerca da importância da sala de espera como eixo norteador das ações de educação em saúde. Sendo um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o seu cuidado, de sua família e da coletividade. Dessa forma, essa metodologia assistencial facilita o desenvolvimento de ações sistemáticas de caráter educativo que visa à prevenção de doenças e a promoção da saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos seres humanos. No nosso país, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se confunde, num primeiro momento, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, no presente, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década (MACHADO et al., 2007).

Desse momento político, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi pautado em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade popular de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Neste cenário, nasce uma concepção integradora, alvo de grandes revoluções no prisma da compreensão holística do processo saúde-doença.

[1] Revisão Integrativa

[2] Enfermeira Pós Graduada em Saúde Coletiva - Ênfase em Saúde da Família da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Frederico Westphalen. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: luci.milani@hotmail.com

[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS - Campus de Chapecó - SC. Santa Catarina. Brasil. E-mail: alessandragermani@hotmail.com

O movimento da Reforma Sanitária preconizava um novo modelo assistencial que destacasse a atenção primária à saúde, sendo que este deveria ter acesso igualitário e resolutivo à saúde a todo o cidadão brasileiro. Diante disso, emerge a Conferência Internacional de Alma Ata, essa que vem para reforçar esse movimento.

Nesta perspectiva, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, expressou a necessidade de ação urgente dos governos e daqueles que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental e como meta social mundial. Nesse contexto, destacamos que a saúde passa ser entendida como resultante das condições objetivas de vida, tais como alimentação, educação, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde, moradia e acesso à posse de terra. Essa atual visão sobre saúde implica, pois, em uma percepção do homem na sua totalidade, como um ser holístico indissociável.

Neste contexto, de promoção a saúde acontece a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986 que ocorre para embasar e reforçar a reforma sanitária e a Conferência de Alma Ata. Esta superou todas as expectativas que tinham sido feitas, mais de quatro mil pessoas participaram da Conferência. A mesma teve como proposta principal a criação do Sistema Único de Saúde, sendo que este é regido por princípios e diretrizes que devem ser seguidos, o mesmo foi formalizado pela Constituição Federal em 1988, sendo que sua regulamentação ocorre em 1990, pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90.

O SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento, da promoção da saúde. A população estará sofrendo sempre transformações, pois, como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser utilizadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Além disso, temos também como condição essencial para um melhor funcionamento do SUS a participação e mobilização social em seus trabalhos.

Paralelamente ao contexto de melhoria da qualidade do atendimento da população e promoção da saúde, podemos citar as metodologias assistenciais como estratégias que embasam o planejamento e desenvolvimento das ações de enfermagem. Diante disso, podemos citar a sala de espera, como uma proposta inovadora para a promoção a saúde através da educação em saúde.

A sala de espera é um território onde os clientes aguardam por atendimento médico ou a visita a familiares internados no centro de terapia intensiva, este espaço é um lugar dinâmico com a mobilização de diferentes pessoas. Neste território ocorre a troca de experiência entre

as pessoas ali inseridas através de um processo interativo por meio da comunicação (PAIXÃO, CASTRO, 2006).

Diante do pressuposto, a educação em saúde leva em consideração toda a realidade sócio-político-cultural em que o cliente está inserido, suas representações e formas populares de cuidado dando a eles autonomia para decidir o que é melhor, criando assim um vínculo afetivo com o cliente. Neste contexto consideramos a educação em saúde uma estratégia para produzir mudanças e inovações no processo de trabalho, tornando-o qualificado e estruturado para atender a demanda em questão.

Diante do exposto, podemos dizer que a educação em saúde é uma estratégia a ser fundamentada nas práticas cotidianas dos profissionais da área da saúde, especialmente o profissional enfermeiro. As práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem vêm sendo uma realidade cada vez mais efetivada devido à mudança de paradigmas de atenção à saúde, partindo do modelo biomédico ultrapassado para a implantação do conceito da promoção da saúde humana (LOPES, ANJOS, PINHEIRO, 2009).

Os mesmos autores enfatizam que as ações de promoção e de educação em saúde devem contar com a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, os quais possuem capacidade de decidir sobre questões que envolvem seu bem estar, subsidiado pelas próprias experiências e pela prática educativa.

Portanto, é preciso que o enfermeiro seja hábil e consciente em suas ações, pois assim facilitará o desenvolvimento de estratégias que fortalecerão a construção individual e o melhor enfrentamento profissional, sendo que faz-se necessário que ocorra uma interatividade entre ambas as partes, compreendendo o sujeito do grupo, intervindo de modo participativo e reflexivo.

Com base nestes conceitos e buscando compreender a inserção da enfermagem brasileira neste contexto, faz-se o seguinte questionamento: Qual a produção de conhecimentos sobre sala de espera como um cenário propício às práticas educativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde?

Com base no contexto abordado, destacamos que o objetivo deste artigo consistiu em realizar uma revisão de literatura acerca da temática educação em saúde e sala de espera no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1 METODOLOGIA

Desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica, do tipo qualitativa, que segundo Minayo (1999) é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. O estudo qualitativo propõe a subjetividade, não se preocupa em quantificar, mas sim explicar, interpretar e analisar as relações sociais, afetivas e racionais, as quais podem ser interpretadas através do cotidiano, da vivência de determinado grupo.

Segundo a mesma autora, no campo da saúde a pesquisa qualitativa reflete aos aspectos socioeconômicos, políticos e ideológicos relacionados ao saber teórico e prático sobre saúde/doença, sobre organização e avaliação dos serviços de saúde e clientelas dos sistemas de saúde. Portanto, o aspecto qualitativo de uma pesquisa implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados.

A fonte de coleta de dados constitui-se em publicações indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) E MEDLINE, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): educação em saúde, enfermeiro, sistema único de saúde e sala de espera. Foram localizados 09 artigos e 03 livros que abordam sobre o enfermeiro, sala de espera, educação em saúde e SUS. No ano de 2001 encontramos um livro (8,3%), em 2003 um livro (8,3%), em 2005, um artigo (8,3%), em 2006 cinco (41,6%) e em 2007 um artigo (8,3%), em 2008 um livro (8,3%), em 2009 um artigo (8,3%), em 2010 um artigo (8,3%). Os dados foram analisados utilizando-se o Método de Análise Temática, que segundo Minayo (1999):

> A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja frequência significam alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, a análise temática se encaminha para a contagem de freqüência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso (p. 209).

Na fase pré-analítica determinaram-se as unidades de registro, ou seja, palavras-chaves e frases e a unidade de contexto, ou seja, delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro. Ao término desta etapa, foi feita a exploração do material transformando os dados brutos visando o alcance da compreensão do texto e para finalizar esses dados foram interpretados colocando em relevância as informações obtidas.

2 ANÁLISE DOS DADOS

A partir da análise dos dados coletados, emergiram duas categorias: a primeira denominada Promoção da Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde e a segunda Educação em Saúde na Sala de Espera e o papel do Enfermeiro.

2.1 Promoção da Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde

As políticas públicas se destacam hoje porque estão ligadas ao mundo social e neste campo vem a saúde que é a maior preocupação do país, estados e municípios. O Brasil que é um país em desenvolvimento que vem buscando a reorganização do sistema econômico, educacional e da saúde, visando organizar-se e estruturar-se para melhor utilização de seus recursos com vistas a garantir melhor qualidade de vida à população. A saúde é pauta de intensos debates e constantes movimentos visando o garantia de acesso, integridade da atenção e equilíbrio entre recursos e demandas.

Paralelamente ao desenvolvimento do sistema de saúde na década de 70, inicia-se um movimento intelectual e político de crítica ao mesmo. Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, que marca o início da mobilização social, envolvendo a sociedade civil, sindicatos, e universidades para redefinição do sistema nacional de saúde brasileiro ficando conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento inseriu-se na luta contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacasse a importância da assistência primária de saúde.

A Reforma Sanitária tem como única estratégia o SUS, sendo que esta foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais da saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central foi assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, sendo este responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

A mesma ocorreu devido a transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-se com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e saúde da população, dificultando o acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde (BRAVO, 2006).

Este movimento sofre algumas influências a partir da Conferência de Alma Ata, que aconteceu na Rússia em 1978, nesta Conferência diversos gestores de diferentes países discutem, apresentando seus indicadores de saúde e evidenciando que há uma grande desigualdade no acesso as ações de saúde, compondo uma realidade presente. Neste encontro

predomina o pressuposto de que as ações em saúde passam a desconsiderar e desvalorizar as necessidades básicas no campo da saúde. Produto dessa realidade, uma medicina alto custo, de acesso para uma minoria e de pouco impacto para as demandas, necessidades e doenças prevalentes (OHARA, SAITO, 2008).

No Brasil a partir da Reforma Sanitária e a Conferência de Alma Ata, as políticas da saúde visam atender a atenção primária e reestruturar o sistema de saúde, de modo que a hegemonia do modelo biologicista dê lugar às práticas do modelo tecnoassistencial da atenção primária. Neste contexto de grandes acontecimentos houve a VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultando na formalização das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, almejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade.

A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 4.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde. A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal, esta passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas.

Diante disso, a saúde, em seu sentido mais abrangente, foi considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Salientando que, definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo. Esta Conferência representou um marco, pois, introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde, sendo que as discussões saíram dos fóruns específicos e assumiram entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamento, a partir de então a saúde referiu-se à sociedade como um todo.

O objetivo em prol da melhoria da saúde dos brasileiros e da implantação de um sistema que contempla pelo menos a universalização da assistência em todos os níveis da atenção primária, secundária e terciária, com parâmetros definidos socialmente, exige que as

políticas macroeconômicas articulem-se de alguma maneira com as políticas sociais, principalmente com as da saúde e educação. (CONH e ELIAS, 2003).

A Constituição Federal contempla a saúde como um direito social e dever do estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal Brasileira sendo que, sua regulamentação ocorre em 1990 por meio das Leis Orgânicas da Saúde, sendo universal ao acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos.

O SUS tem que obedecer os seguintes princípios e diretrizes: descentralização, participação da comunidade, difundida como controle social, universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, regionalização e a participação do setor privado. O detalhamento desses princípios e diretrizes e as modalidades operacionais previstas para este sistema foram regulamentadas pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990, tendo por finalidade disciplinar a descentralização política administrativa e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que assegura a participação da comunidade na gestão do SUS e define os critérios para transferência de recursos financeiros na área da saúde, sendo essas conhecidas com Leis Orgânicas do SUS.

O SUS é o instrumento maior de uma proposta avançada de política de saúde, fundamentada em conhecimentos técnico-científicos, econômicos, jurídicos e na legimitidade dos interesses da Saúde Pública Brasileira. Se aplicado em todo o seu radicalismo, o SUS deverá provocar uma verdadeira reforma do Estado. Conquistado e institucionalizado na capacidade de um intenso processo de disputa e mobilização, sua implementação definitiva só acontecerá pelas mãos da sociedade organizada e mobilizada contra as forças conservadoras, que sustentam o neoliberalismo e sua política financeira. O mesmo resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas.

A defesa do SUS depende da força com que a sociedade coloca a vida das pessoas acima de todas as racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

O SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento, a promoção da saúde à população estará sofrendo sempre transformações, pois, como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser utilizadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Além disso, temos também como condição essencial para um melhor funcionamento do SUS a participação e mobilização social em seus trabalhos.

2.2 Educação em Saúde na Sala de Espera e o Papel do Enfermeiro

As metodologias assistenciais são usadas para embasar o planejamento e desenvolvimento das ações em enfermagem, ressaltando que oferecer cuidados inclui diversas agilidades as quais podem ser: ouvir, observar, perceber, refletir e agir de uma maneira que inclua o indivíduo, programando em conjunto seu cuidado, respeitando seu querer, seus valores, hábitos. Para efetivação do cuidado é preciso que o enfermeiro conheça o usuário a ser assistido, buscando a programação de cuidados que auxiliem na vivência do processo saúde-doença.

Neste sentido, devemos enfatizar que as metodologias assistenciais: sala de espera, consulta de enfermagem, visita domiciliar e grupos educativos são relevantes, pois embasam as ações num processo dinâmico e flexível conforme as necessidades do cliente, sendo que esta aponta e justifica a seleção de determinados problemas e direciona as atividades a cada um dos membros da equipe de enfermagem. Diante deste pressuposto, será problematizada a sala de espera como um recurso que trará benefícios para os clientes e seus familiares.

Segundo Paixão e Castro (2006, p. 71), salientam que:

> É inerente ao ser humano a característica de agrupar-se aos seus semelhantes, com vistas a encontrar apoio e ajuda. Troca de conhecimentos, experiências, expectativas e até medos e angústias podem proporcionar aos pacientes ou familiares um sentimento de coesão e segurança. O processo de espera para assistência em saúde é um fenômeno merecedor de atenção, pois é nele que se dá o início da relação entre o indivíduo, a doença, a equipe de assistência e a assistência propriamente dita, assim como o acesso ao conhecimento necessário para a busca e a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

O território da sala de espera é o lugar onde os clientes aguardam para fazer a visita diária ao familiar internado no centro de terapia intensiva e também por atendimento dos profissionais da saúde em unidades básicas de saúde. No mesmo percebemos que a sala de espera é um lugar dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas. Neste espaço as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e se expressam, sendo que isso ocorre devido a um processo interativo por meio da comunicação (TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Segundo Veríssimo e Valle (2005, p. 27), cabe salientar que:

> Os grupos de sala de espera assentam-se sobre os objetivos basilares de oferecer apoio emocional e esclarecer, para os usuários de serviços de saúde diversos,

> algumas questões médicas. Fala-se na construção de espaços de conversação, reflexão e troca de experiências entre os usuários e destaca-se o ato de "conversar junto" enquanto processo potencialmente fértil para construções polissêmicas sobre os temas em saúde. No encontro grupal, são criadas condições favoráveis para um processo de reconstrução dos sentidos atribuídos ao "eu" e a uma condição vital qualquer, como o envelhecimento ou uma enfermidade, por exemplo. Portanto, trata-se de favorecer o encontro entre pessoas vivenciando conflitos e ansiedades semelhantes mediado por profissionais da área da saúde, para, assim, poderem pensar formas de se viver melhor uma determinada situação.

Geralmente as pessoas que se encontram neste espaço não se conhecem e nem mantém vínculos entre si. No momento em que são implantadas ações educativas na sala de espera forma-se um trabalho em grupo. Neste local as pessoas falam de suas aflições, angústias, de suas doenças ou de seu familiar, e na qualidade do acolhimento e atendimento da instituição.

A sala de espera é vista como uma estratégia e descrita como um canal de comunicação eficiente para transmissão de informações sobre as condições de saúde, o diagnóstico, as condições do tratamento e também sobre a instituição que presta cuidados em saúde, além de oferecer a possibilidade de socialização, trocas e suporte social aos usuários e familiares. Destacando o aumento da satisfação e diminuição do nível de ansiedade dos usuários, melhor aderência aos tratamentos propostos e fortalecimento de um vínculo de segurança entre usuários e profissionais.

Diante disso, os pacientes e familiares têm a oportunidade de criar e fortalecer elos com fatores protetores da saúde, sentindo-se mais preparados para passar de expectadores a protagonistas da sua história. Ademais, a equipe interdisciplinar de saúde passa a compreender melhor as dificuldades dos pacientes e pode, assim, orientar de maneira mais adequada sua conduta profissional (VERÍSSIMO, VALLE, 2005).

A sala de espera é um local popular, onde os profissionais da saúde não permanecem todo o tempo, sendo difícil de controlar e manter a ordem, seu controle é parcial devido à transitoriedade, fluxo variado e contínuo de pessoas, e através do grupo temos a chance de interagir de modo dialógico com o cliente.

Neste território nem sempre ocorrem interações harmônicas, entre o saber popular em saúde e o saber científico. As pessoas expressam suas subjetivações, formas de ser e de se cuidar. Ao entrar neste espaço, com propósito educativo, identificamos as transversalidades entre as expressões psicossociais e a linguagem técnica científica.

Temos que estar preparados para tudo o que possa vir a acontecer, pois, o público é quem precisa esclarecer suas dúvidas, ou seja, precisamos estar preparados às mudanças de repercussão que poderão surgir no caminho de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde.

Segundo Teixeira e Veloso (2006, p. 322), “a prática de educação em saúde baseia-se numa perspectiva compreensiva e interativa, na qual é necessário enfocar a satisfação do viver, o desejo de vida dentro de um contexto sociocultural”. Neste sentido o profissional enfermeiro precisa ter conhecimento científico, sensibilidade em lidar com o público, trabalhar com distintas práticas e representações, não permitindo a intervenção de preconceitos em suas ações.

A educação em saúde leva em consideração, não apenas a transmissão de conhecimentos, mas o reconhecimento da realidade sociocultural que as pessoas estão inseridas, suas representações, preconceitos e formas populares de cuidado. Sendo que com isso conseguimos criar um vínculo afetivo com os clientes, dando a oportunidade de diálogo entre o saber popular, técnico e científico.

Conforme Figueiredo, Neto e Leite (2010), a educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, como também, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico. Neste contexto, consideramos a educação em saúde como uma estratégia de mudanças, e inovações para o processo de trabalho, tornando-o qualificado e estruturado de uma maneira que supra as necessidades dos usuários em questão.

A educação é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, visando atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente, criando condições para sua própria existência. O desafio está em sempre buscar um momento e um espaço para educar. Nesse contexto, a sala de espera se mostra como um local propício ao início do processo de educação que começa antes da visita aos familiares, constituindo um espaço para passar informações relevantes aos pacientes e para o compartilhamento de informações com pessoas que possuam uma necessidade de saúde em comum. (PONTE, C. M. M. et al., 2006).

Partindo deste pressuposto, no momento de apresentações para o grupo de familiares e usuários é preciso olhar no olho das pessoas, optar por uma linguagem simples demonstrando interesse e empatia, que são elementos motivadores para que o grupo participe e interaja nesse processo dialógico, momento em que ocorre uma interação de saberes. Nesta atividade podemos perceber ou detectar problemas que afligem os clientes, através de suas expressões e de suas dimensões biopsicossociais e espirituais. Com essas ações interagimos, desmistificando determinados tabus e entendemos as necessidades das crenças e a manutenção de certos mitos que fazem parte da condição humana.

Segundo Teixeira e Veloso (2006, p. 324), enfatizam que essas atividades irão favorecer para o desenvolvimento dos sujeitos, diante das diversas características encontradas no grupo. Pensando desta forma, em aprimorar cada vez mais essa ação como um recurso de educação em saúde. Pensando em aprimorar cada vez mais essa ação, busca-se disseminar a promoção da saúde e a prevenção da doença para o fortalecimento da cidadania.

Diante disso, a crescente busca pela humanização da assistência também pode ser alcançada através da compreensão de que o espaço que presta assistência à saúde da população não é um ambiente onde se vivencia apenas aspectos desagradáveis, como dor, medo, ansiedade e choro, ao contrário, pode ser transformado em um local que facilita o desenvolvimento global das pessoas, através do diálogo entre os clientes.

Neste sentido, devemos salientar a presença do profissional enfermeiro, capacitado para prestar na sala de espera todo o suporte que os familiares precisam, pois sabendo que sua essência é o cuidar, e sendo que o usuário é o objeto de trabalho, é necessário que seja eficiente e prestado de forma humanizada, tendo sensibilidade na execução de seus cuidados, observando as manifestações verbais e não-verbais do cliente.

O cuidado é mais que um ato é uma atitude, abrangendo mais que um momento de atenção, de zelo e de solicitude representando uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidar comprometido com a vida, que considera a singularidade de cada ser humano, contribui para a restauração da manutenção da qualidade de vida em seus vários contextos. (CARRARO, WESTPHALEN, 2001).

Segundo Siqueira et al., (2006, p. 76) enfatizam que:

> A comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e a família que estão vivenciando o processo de doença, podendo resultar em estresse e sofrimento. Para tanto, o enfermeiro é capacitado a reconhecer a interação enfermeiro-cliente-familia, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada.

Neste contexto, o enfermeiro pode envolver as famílias nos cuidados de saúde. Com a família o cliente sente-se melhor, trazendo influência em seu estado clínico, sendo assim o enfermeiro pode considerar a assistência centrada na família com parte integrante da prática de enfermagem. O cuidado de enfermagem extrapola a técnica, sendo expresso por suas atitudes, além de ser racional. Pela comunicação ocorre um inter-relacionamento, amenizando as sensações de angústias, aumentando sua confiança e autoestima.

Portanto, é preciso que o enfermeiro tenha sensibilidade para lidar com as pessoas, trabalhando com distintas práticas/técnicas que viabilizem a participação dos usuários na discussão proposta e seja, hábil e consciente em suas ações, pois assim será mais fácil o desenvolvimento de estratégias que fortalecerão a construção individual e o melhor enfrentamento profissional. Entretanto, o sujeito convive entre práticas e representações, fazendo necessária uma avaliação diagnóstica saudável e interativa para compreender o sujeito no grupo, intervindo de modo participativo e reflexivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo percebemos que os conhecimentos adquiridos contribuíram para o fortalecimento da reflexão sobre a temática educação em saúde e sala de espera, caracterizando uma oportunidade de aperfeiçoamento de uma opinião crítica sobre o assunto. Dessa forma, acredita-se que o enfermeiro é um educador em saúde em potencial, sendo esta condição essencial a sua prática.

Vale ressaltar que a metodologia assistencial sala de espera se constitui como uma ferramenta fundamental no processo de educação em saúde, pois propõe lidar com questões que vão muito além do cuidado, propondo uma prática resolutiva que deve elucidar, orientar e educar o indivíduo para sua responsabilização no que se refere a qualidade de vida.

Diante disso, as atividades de sala de espera são uma prática relevante, pois permitem a interação entre os profissionais da área da saúde e os usuários e seus familiares. Essas atividades em grupo favorecem o desenvolvimento do sujeito, diante das diversidades e variações das características grupais. Entretanto, o sujeito convive entre práticas e representações, fazendo-se necessário uma avaliação diagnóstica vantajosa e interativa para compreender o sujeito do grupo, intervindo de modo participativo e reflexivo.

Desta forma, durante o ambiente da sala de espera, evidencia-se que o enfermeiro tem a oportunidade de utilizar esta ferramenta para prestar um atendimento mais humanizado e qualificar os serviços de saúde, neste espaço onde é permitido a este profissional o conhecimento das reais necessidades da população, bem como a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida.

Diante disso, a educação em saúde em sala de espera visa o autoconhecimento e propicia que o enfermeiro e o usuário do serviço de saúde troquem experiências e habilidades através do processo de aprendizagem. Tornar o paciente e sua família membro da equipe multidisciplinar ressaltando a importância da relação enfermeiro/médico/paciente é parte

essencial do tratamento. Esforços devem ser direcionados para que haja maior integração da equipe, em benefício do usuário, com o fim de identificar estratégias que o motivem para o autocuidado.

Assim, percebemos o grande desafio de elaborar e implementar propostas educacionais sistemáticas e efetivas, em especial no sistema público de saúde, em que se tem limitação de verbas destinadas a medidas educativas, cujo impacto benéfico já está bem definido.

WAITING ROOM: A SCENARIO FOR HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: This study is a review of literature about the waiting room and practice of health education theme. In this scenario, the importance of the health education actions as a strategy integrating a collective knowledge that translates the individual autonomy and emancipation is highlighted. Based on this understanding, we reflect on the importance of the waiting room as guiding principle for the health education actions. As a political pedagogical process that requires the development of a critical and reflective thinking, allowing to reveal the reality and propose transforming actions, while social and historical subjects able to propose and comment on decisions for their health care, their family and the community. Thus, this assistance methodology facilitates the development of systematic actions of educational nature aimed at disease prevention and health promotion of the users of the Sistema Único de Saúde (Brazilian National Health System).

Keywords: Health Education. Nursing. Brazilian National Health System.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde. **Revista Serviço Social e Sociedade**. Lortaz, n. 88, p. 75-100, nov. 2006.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** Políticas e organização dos serviços. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados as atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, jan./fev. 2010.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista de enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, abril/junho, 2009.

MACHADO, M. F. A. S. et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- Uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 2, n. 12, p. 335-342, 2007.

MINAYO, Maria de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 1999.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família:** considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-78, jul./dez. 2006.

PONTE, C. M. M. et al. Projeto Sala de Espera**:** Uma Proposta para a Educação em Diabetes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** v. 19, n. 4, 2006.

SIQUEIRA, A. B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivo Medicina ABC,** São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem***,* Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2006.

VERÍSSIMO, D. S. e VALLE, E. R. M. do. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 28-36, dez. 2005.

WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. **Metodologias para a Assistência em enfermagem:** teorizações, modelos e subsídio para a prática. Goiânia: AB, 2001.