



Revista  
de Psicologia  
ISSN 2179-1740

## A CLÍNICA EM (DES)CONSTRUÇÃO: A SALA DE ESPERA COMO POTÊNCIA POLÍTICA PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA.

*THE CLINIC'S (DE)CONSTRUCTION: THE WAITING ROOM AS POLITICAL POTENTIAL  
FOR PSYCHIATRIC REFORM.*

Alana de Oliveira Lima<sup>1</sup>

Luís Fernando de Souza Benício<sup>2</sup>

Mariana Tavares Cavalcanti Liberato<sup>3</sup>

Maristela de Melo Moraes<sup>4</sup>

### Resumo

Este estudo objetiva apresentar uma experiência relativa a intervenções feitas em sala de espera, apontando sua potência política para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A partir da inserção semiprofissional de estudantes de graduação em Psicologia de uma faculdade privada em Fortaleza/CE em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), tomou-se a sala de espera como um dispositivo interventivo e analisador do serviço. Com base na demanda do campo e nas leituras sobre clínica ampliada, buscou-se produzir um espaço de escuta e acolhimento. Ademais, o trabalho fundamentou-se na perspectiva da Redução de Riscos e Danos (RRD), no sentido de ampliar o olhar sobre a questão das drogas e possibilitar outras formas de pensar e atuar no campo da saúde mental coletiva. As temáticas problematizadas tiveram efeitos tanto para os usuários e a equipe do serviço, como para os estagiários, pois a cada encontro construía-se em ato um espaço de empoderamento e controle social. Apesar das dificuldades infraestruturais, percebemos que o CAPS, impulsionado por uma equipe implicada política e eticamente, consegue funcionar, apostando nas potencialidades da comunidade, proporcionando coletivamente outras possibilidades de existência e se afastando da perspectiva reducionista de saúde como ausência de doença.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica. Sala de espera. Cidadania. Clínica ampliada.

### Abstract

This study aims to present an experience concerning of interventions made in the waiting room, pointing out its political power to strengthen the Brazilian Psychiatric Reform (RPB). From the semiprofessional insertion of undergraduate students in Psychology from a private college in Fortaleza/CE in a Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPSad), the waiting room was taken as an intervention device and analyzer of the service. Based on the demand of the field and the readings on expanded clinic, it was sought to produce a space of listening and welcoming. In addition, the work was based on the perspective of Reducing Risk and Damage (DRR), in order to broaden the view on the issue of drugs and enable other ways of thinking and acting in the field of collective mental health. The problematized themes had effects both for the users and the staff of the service, as well as for the trainees, because at each meeting an area of empowerment and social control was built. Despite the infrastructural difficulties, we realize that the CAPS, driven by a team politically and ethically Anti-Asylum Campaign, manages to work, betting on the potentialities of the community, collectively providing other possibilities of existence and moving away from the perspective reductionist as absence of disease.

**Keywords:** Psychiatric reform; Waiting room; Citizenship; Expanded clinic.

1 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza/CE. Brasil. E-mail: lanaolima@gmail.com

2 Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza/CE. Brasil. E-mail: luisf.benicio@gmail.com

3 Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza/CE. Brasil. E-mail: mariana\_liberato@yahoo.com.br

4 Professora Adjunta da Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Campina Grande/PB. Brasil. E-mail: maristelammoraes@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como ponto de partida a inserção em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), tipo III, no município de Fortaleza-CE, durante o período de quatro meses em uma experiência de estágio semiprofissional de estudantes da graduação em Psicologia de uma faculdade privada. Após a fase de chegada e mapeamento da instituição, percebeu-se que a sala de espera seria um local potente para colocarmos em prática as ações planejadas, pois muitos dos usuários do serviço chegavam horas antes do atendimento médico. Com o intuito de fortalecer o dispositivo CAPSad como espaço de acolhimento e articulador do território, levou-se a cabo algumas ações do estágio.

As ações foram pensadas a partir da demanda do serviço, de leituras sobre sala de espera, de práticas exitosas de acolhimento, de grupos de ajuda e suporte mútuos e artigos sobre a implicação dos usuários dos serviços de saúde e, mais especificamente, em saúde mental. Além disso, a escolha das práticas e dos referenciais que as sustentaram se deu a partir do percurso em uma ênfase curricular do curso de Psicologia, intitulada Psicologia, Sociedade Civil e Direitos Humanos, que tinha como objetivo articular o ensino-aprendizagem de questões que se encontravam na interface entre o que ora denominamos clínica ampliada e os direitos humanos.

As políticas intersetoriais e as intervenções no âmbito da comunidade são um grande passo para a desmistificação e a desconstrução da ideia de “doença mental”, possibilitando a construção de um novo olhar de aceitação e respeito da diferença em sua radicalidade, especialmente para o público atendido pelo CAPSad, em que o estigma e preconceito em relação ao uso de drogas dificulta ainda mais a inserção das pessoas nas políticas públicas de cuidado.

Essa compreensão nos modos de produzir saúde converge com a proposta de uma clínica que se amplia e coaduna com o processo de questionamento de saberes e práticas hegemônicas que legitimam posicionamentos estigmatizantes, possibilitando outras formas de pensar e atuar no campo da saúde mental coletiva.

Por meio da proposta da Clínica Ampliada, foram criados espaços que possibilitassem repensar os processos de saúde e doença, considerando os determinantes sociais, políticos e econômicos que influenciavam a vida das pessoas, além da singularidade de cada um, singularidades de cada um, sem reduzi-las à doença (Brasil, 2010). Portanto, nesse foco de ampliação do olhar sobre as questões das

drogas, desafiemo-nos a criar ações na sala de espera do CAPSad.

Compreendemos que não há “receita de bolo” para a prática de uma clínica ampliada, pois ela se dá no momento da costura dos encontros e na cartografia dos movimentos criados. Desse modo, o que tínhamos eram pistas de como pautarmos as nossas práticas baseadas no campo dos Direitos Humanos e no posicionamento ético-político para vislumbrarmos outras possibilidades de produção de vida e de fazer saúde.

Resgatando algumas definições sobre o fazer da Clínica Ampliada, destaca-se a concepção como de um campo de saber-fazer em movimento que rompe com algo pronto, fixo e normativo. A proposta se aproxima de não ter um “saber” para dar conta de um sofrimento, mas de aprender e inventar saberes-fazeres com o outro, ou seja, apontamos a mudança de uma clínica ortopédica e, de correções para uma “clínica desviantes, produtora de novos mundos” (Fonseca & Engelman, 2004, p.267).

A definição do conceito de Clínica Ampliada nasce em interface com as Políticas Públicas, fruto da necessidade de revisar as concepções das Psicologias, sugerindo ampliações desde os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) até uma escuta que ganha uma nova configuração, de implicação, que rompe com significados fixos acerca dos processos de subjetivação e da vida. Sendo assim, o modo de fazer clínica ampliada no CAPSad é a partir da Redução de Riscos e Danos (RRD). Existem várias formas de definir a RRD, entretanto, a descrição do fazer dos redutores de danos nos aproxima da proposta aberta de uma clínica política, de um cuidado integral, tendo uma atuação junto às pessoas que usam drogas, nas cenas de uso, operando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de propostas terapêuticas que privilegiem a pessoa. O verbo é construir “com”, e não construir “para” (Petuco, 2009).

Esta clínica inventiva-se apresenta-se bastante incerta para o dito tradicional, tendo em vista o rompimento com muitas verdades universais, propondo-se ser uma clínica comprometida, implicada e potencializadora de outros modos de vida. A clínica que se amplia dá conta destes propósitos, uma vez que clínica e política são indissociáveis (Fonseca & Engelman, p. 269). Têm-se, com isso, processos singulares contidos no despir daquilo que constituiu cada um dos estudantes e futuros profissionais, sendo necessário lidar com o “não saber” sobre os desdobramentos que os encontros proporcionaram para os usuários, mas respaldados pela certeza dos vínculos criados ali como potência transformadora.

É importante enfatizar que a RRD vai na contramão de um discurso que vem ganhando cada vez mais força no Brasil e que se apoia na proliferação de comunidades terapêuticas e dispositivos afins, que tem como intervenção primeira e privilegiada as internações de média e longa duração, no qual o sujeito é visto despossuído de sua subjetividade e de sua autonomia, tendo necessidade de “ser sequestrado, reprogramado segundo procedimentos baseados na abstinência prolongada e na reengenharia da vida” (Lancetti, 2015, p.34).

Portanto, a metodologia da sala de espera aparece como um dispositivo estratégico na construção de outros horizontes para a pessoa com uso problemático de drogas ao chegar no CAPSad. Ao invés de julgamento ou soluções “a priori”, a intervenção na sala de espera possibilitou o acolhimento e o reconhecimento da alteridade. Além disso, criou um espaço de trocas possíveis, tanto em relação aos usuários do serviço entre si, como destes com a equipe profissional.

A sala de espera tem sido um importante recurso utilizado na saúde coletiva (em diferentes níveis de atenção) e na inserção da Psicologia nesse campo (Sato & Ayres, 2015; Costa Junior, Gonçalves & Soares, 2006; Silva, Pereira, Oliveira & Kodato, 2013)., Entende-se que, por meio desse dispositivo é possível romper com alguns modos de trabalho cristalizados no serviço a partir da hierarquização e fragmentação do cuidado. Subjaz a essa perspectiva a noção de humanização na saúde, como forma de reorganização dos modos de trabalho e gestão, apostando no vínculo e na promoção de saúde, para além dos esquemas tradicionais de educação em saúde como processos verticalizados e autoritários. Zambenedetti (2012) descreve bem a potencialidade dessa estratégia, quando relata sua experiência no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis:

Nesta perspectiva a problematização torna-se uma estratégia de trabalho. Ao invés de prescrever formas supostamente corretas de ser e agir, com sentido universalizante, partimos de interrogações que possibilitam a exploração de diferentes experiências que as pessoas têm [...]. A coletivização da experiência possibilita desnaturalizar formas cristalizadas de ser e agir [...], abrindo possibilidade de novas experiências (Zambenedetti, 2012, p. 1078).

Alinhados aos pressupostos apresentados, tomamos como base do trabalho interventivo a sala de espera, delineando como objetivo indicar sua potência

política para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Por conseguinte, os resultados sinalizaram para a importância de considerar as singularidades das pessoas, transpondo modelos que são atravessados por preconceitos e culpabilização nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Assim, tendo a sensibilidade na escuta, reconhecendo as relações de poder que atravessam as práticas, investimos em uma nova concepção de ética do cuidado a partir de consignações de uma clínica aberta, sendo esta de acolhimento radical da diferença.

## PERCURSOS METODOLÓGICOS

A principal ferramenta metodológica adotada foi a de Sala de Espera: um formato de atividade que permite um processo menos formal, produzida no processo de contato com a dinâmica do espaço-tempo do serviço.

Teixeira e Veloso (2006), ao pensarem algumas características da sala de espera, ajudam-nos a compreender e elaborar essa atividade a partir dois aspectos: o primeiro, seria a dimensão do território, lugar onde os usuários esperam atendimento de profissionais de saúde, constituído por diversos elementos, como por exemplo, conversas, trocas de experiências e atividades pedagógicas. Vale destacar que não se trata de uma atividade fixa, pois as pessoas, geralmente, não se conhecem e não possuem vínculos.

Ainda nesta dimensão do território, as diversas salas de espera podem compor/produzir outros territórios existenciais, visto que é um espaço comum que permite traçar diversos encontros entre os participantes. Ao mesmo tempo, seu caráter é de trânsito, de fluxo, de abertura para saídas, entradas e composições dialógicas.

A segunda dimensão, ainda segundo Teixeira e Veloso (2006), teria a sala de espera como um espaço-tempo de formação. Isso pode ser materializado pela possibilidade de aprender-fazer-produzir cuidado com os usuários e, ainda, desenvolver, também, habilidades de comunicação e acolhimento por meio de metodologias mais participativas.

O planejamento acontecia anteriormente ao dia da atividade, porém as intervenções experimentadas mostravam a singularidade do processo. Desse modo, alguns pontos eram debatidos e, posteriormente, compuseram os formatos da sala. O contato com os usuários e familiares se deu de forma individual, descrevendo a proposta e afirmando ser um convite.

Antes de tocar na temática principal, os encontros se iniciavam a partir dos lugares de fala, do

ponto de vista de cada um; a proposta detalhada das ações e os acordos relacionados à escolha sobre a permanência ou não na atividade, a possibilidade de sair para ir ao banheiro, beber água ou quando o médico chamasse e, até mesmo, se não quisessem mais participar da atividade.

Foram oito encontros, contando com aproximadamente 70 pessoas, com duas horas de duração cada, incluindo o mapeamento e visitas ao serviço para o processo de territorialização, que, segundo Faria (2013), consiste em uma técnica/tecnologia de planejamento para compreender a dinâmica dos territórios, no qual os serviços de saúde estão inseridos, mas, também, há a possibilidade de produção de outros territórios.

As temáticas sugeridas foram de cunho político-pedagógico no sentido de sensibilização sobre a Reforma Psiquiátrica, práticas de Redução de Riscos e Danos e ao processo de incidência política dos usuários para o fortalecimento da Saúde Mental no Ceará, como por exemplo, participação em fóruns, em conselhos municipais e estaduais, em assembleias no próprio serviço, cooperativas, e entre outras. Com essas atividades, tinha-se o objetivo de fomentar processos para a construção de uma sala de espera inspirada na proposta de um grupo de ajuda e suporte mútuo, considerando o processo de desmonte da política de saúde mental do município que estava em curso.

Vasconcelos (2013) discute a configuração de um grupo de modo a auxiliar na compreensão do que pode acontecer em uma sala de espera:

Os grupos de ajuda e suporte mútuos podem ser criados em qualquer lugar que possa acolher uma reunião comunitária que garanta um clima de segurança e sigilo. Um dispositivo natural para esse tipo de reunião são as muitas associações de usuários e familiares de saúde mental que estão surgindo no país.[...]. Os grupos podem também acontecer nos serviços de assistência social, saúde e saúde mental, particularmente na rede de atenção à saúde da família (Vasconcelos, 2013, p.11).

Nessa perspectiva, os grupos de ajuda e suporte mútuos são facilitados pelos próprios usuários, com a ajuda, muitas vezes, dos profissionais de saúde, porém o exercício de facilitação será dos mesmos (Vasconcelos, 2013, p.21).

Segundo Nora, Mânica e Germani (2009), a sala de espera proporciona o cuidado como forma de aproximar a comunidade dos serviços de saúde,

fortalecendo o vínculo com os usuários e criando uma relação horizontal entre ambos. Além disso, o grupo de sala de espera é muito importante para a efetivação da corresponsabilização, fomentando processos de trabalho em saúde mais humanizados e resolutivos para todos os atores sociais envolvidos.

Destaca-se também que a sala de espera não é restrita a uma determinada profissão e/ou a um determinado dispositivo de saúde. Todo e qualquer profissional que atue em um serviço de saúde seja em atenção básica, secundária ou terciária pode facilitar uma sala de espera. A diversidade de atuação profissional gera diálogos que podem contribuir para a promoção de saúde e trocas de experiências de vida, bem como a desconstrução de uma posição de suposto saber do profissional (Nora et al., 2009).

A seguir, trar-se-á os resultados e as discussões acerca da experiência na sala de espera e os desdobramentos que possibilitaram a construção de outra clínica possível nesse equipamento de política pública.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir das vivências de estágio no CAPSad, percebeu-se que o dispositivo sala de espera é dinâmico e fluido, exigindo de quem facilita um manejo igualmente fluido, sem perder de vista os objetivos propostos inicialmente. Além disso, o dispositivo possibilitou a escuta e o acolhimento dos usuários do serviço como forma de minimizar o desconforto que passavam naquele instante, no ato da espera pela consulta do médico.

Apesar de terem sido levadas algumas temáticas, tais como: reforma psiquiátrica, redução de riscos e danos, projeto terapêutico singular, entre outros, o ambiente criado na atividade possibilitou a expressão de inquietações, frustrações, alegrias e , tristezas, demarcando a sala de espera como potencializadora de novos territórios de escuta, superando o modelo tradicional de atendimento que ocorre, geralmente, em uma sala fechada.

Ainda que o serviço possuísse rotatividade de usuários, foi possível perceber uma boa convivência entre profissionais e usuários, durante a permanência no serviço. Outro aspecto importante: todos os usuários, principalmente os mais antigos eram chamados pelo nome, uma forma de tentar garantir que cada um pudesse ser visto na sua singularidade e valorizados como protagonistas de suas vidas, tendo o dispositivo como corresponsável pela reconstrução dos laços comunitários e afetivos dos usuários.

No contexto da sala de espera do CAPSad,

foram encontradas pessoas que frequentavam mensalmente e tinham vínculos mais fortes com o serviço, mas também pessoas que estavam ali pela primeira vez, algumas em situação de crise, buscando acolhimento. Nesse sentido, a diversidade do público encontrado no dispositivo fez da experiência relatada algo muito desafiador.

A sala de espera revelou ser um espaço com diversas demandas, envolvendo questões culturais, singulares, coletivas, e a interação entre o saber científico e o popular. Entretanto, por se tratar de uma clientela heterogênea, foi preciso entender as várias formas de aproximação entre os usuários do serviço e as drogas utilizadas por eles, de modo singular, para tornar possível lidar com os diversos aspectos referentes às consequências do uso/abuso dessas substâncias, incluindo as comorbidades.

A experiência favoreceu a troca de saberes com o intuito de construir novas perspectivas sobre saúde e doença, promovendo diálogos sobre as experiências de vida dos usuários e familiares e as intervenções desenvolvidas na sala de espera foram potentes para a promoção do cuidado de si e a (re) construção da cidadania.

Além disso, essa experiência contribuiu para o exercício de uma sensibilidade da escuta diante da fala do outro, convocando os estudantes a refletir sobre seu papel enquanto facilitadores, construindo, coletivamente, espaços de expressão das diferenças de todos os presentes. Proporcionou ainda, a construção de uma pluralidade de conhecimentos, catalisando o compartilhamento das histórias de vida dos usuários e familiares, principalmente sobre enfrentamento de situações-limite.

As discussões sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e Redução de Riscos e Danos (RRD) movimentaram os grupos de uma maneira bastante singular, desconstruindo concepções sobre o “não saber” dos usuários. Tivemos pessoas na sala de espera de diversos lugares e com diversas demandas, porém todos apostaram no encontro, em um fazer diferente, atravessando barreiras que se tem entre o lugar que a psicologia ocupa e o lugar da comunidade.

No contato com o serviço, ficou evidente a necessidade de profissionais ampliarem suas práticas, com ênfase nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, cabendo uma autorreflexão de sua postura frente à preconização de políticas de saúde mental, o papel do CAPSAd, com ênfase na Redução de Riscos e Danos (RRD).

Quando discutimos a temática da Redução de Riscos e Danos (RRD), a sala de espera teve como núcleo o diálogo horizontal com os usuários e familiares,

por meio de uma pequena apresentação, falando um pouco da relação de cada um com o CAPSAd.

Nesse sentido, compreende-se o papel do CAPSAd como dispositivo estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde e as diversas possibilidades de atuação, dentre elas estão: acolhimento; projeto terapêutico singular; e matriciamento, por exemplo, dando corpo às práticas de base comunitária.

Dessa maneira, é imprescindível compreender a proposta da RRD como geradora de uma prática libertária, produzida no processo de autonomia das pessoas que usam drogas, tornando-se um campo de saber/poder contra hegemônico que questiona modelos de cuidado, projetos e programas, que, por vezes, estigmatizam, criminalizam e patologizam as pessoas que usam drogas (Fonseca & Engelman, 2004). Tais reflexões são materializadas na fala de um usuário, que participava de uma ação sobre RRD na sala de espera, no qual afirmou que as pessoas que usam drogas muitas vezes são vistas como “vagabundas”, “sujas” e “sem valor algum”.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a sala de espera proporcionou um aprendizado sobre como lidar com grupos heterogêneos, fluidos e abertos, cujas atividades nem sempre tem início, meio e fim, e algumas vezes são finalizadas pelo próprio movimento de dispersão do grupo.

No percurso aqui relatado, ficou evidente a necessidade de uma reinvenção de práticas no âmbito da clínica, com ênfase na sua abertura e ampliação. Todos os caminhos que por ora estiveram desconhecidos foram indispensáveis para a construção de instrumentos que contribuíram para concretização de resultados, apresentando perspectivas ligadas a um acolhimento de devires, trazendo consigo espaços de encontros.

Destaca-se também que a sala de espera não é restrita a uma determinada profissão e/ou a um determinado dispositivo de saúde. Todo e qualquer profissional que atue em um serviço de saúde seja em atenção básica, secundária ou terciária pode facilitar uma sala de espera. A diversidade de atuação profissional gera diálogos que podem contribuir para a promoção de saúde e trocas de experiências de vida, bem como a desconstrução de uma posição de suposto saber do profissional (Nora et al., 2009).

Ademais, a compreensão sobre a (RRD) ainda é pouco percebida nos serviços de atenção psicossocial,

mesmo sendo preconizada na política de atenção integral as pessoas que sofrem com o uso abusivo de drogas. Isso se dá em parte porque ainda flutua no imaginário de alguns profissionais de saúde representações reducionistas e limitadas das pessoas que usam drogas que chegam ao serviço de saúde, ambos buscando o ideal hegemônico da abstinência.

O CAPSad tem grande potência para criar novas possibilidades de atuação, superando o modelo manicomial e possibilitando uma prática pautada pela RRD. A experiência foi um diferencial na formação dos estudantes, reverberando na equipe técnica, desde o porteiro até a coordenação, o que gerou um vínculo com o serviço, possibilitando parcerias que fortalecerão os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os ideais do Movimento da Luta Antimanicomial e os princípios da Redução de Danos e Riscos.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. (2010). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS - Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa Junior, Á. L., Coutinho, S. M. G. & Ferreira, R. S. (2006). Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16(33), 111-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000100014>
- Fonseca, T. M. G., & Engelman, S. (Org.). (2004). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: UFRGS.
- Faria, R. M. (2013). A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* 9 (16), 121.
- Lancetti, A. (2014). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec.
- Nora, C. R. D., Mânica, F. & Germani, A. R. M. (2009). Sala de espera uma ferramenta para efetivar a Educação em Saúde. *Revista Saúde e Pesquisa, Maringá*, 2(3), 397-402. Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpe/article/viewFile/1125/907>
- Petuco, D. R. D. S., & Medeiros, R. G. (2009). Redução de danos: dispositivo da reforma?.
- Sato, M. & Ayres, J. R. de C. M. (2015). Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1027-1038. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>
- Silva, G. G. S., Pereira, E. R., Oliveira, J. O. de & Kodato, Y. M. (2013). Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 1000-1013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000400017>
- Teixeira, E. R. & Veloso, R. C. (2006). O grupo em sala de espera: Território de práticas e representação em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 320-325. doi: 10.1590/S0104-07072006000200017
- Vasconcelos, E. M. (Org.). (2013). É possível ter esperança na recuperação em saúde mental. In E. M. Vasconcelos (Org.), *Cartilha ajuda e suporte mútuos em saúde mental para participantes de grupos*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde.
- Zambenedetti, G. (2012). Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1075-1086. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400024>

RECEBIDO EM: 16/06/2017

PRIMEIRA DECISÃO EDITORIAL: 14/03/2018

VERSÃO FINAL: 04/04/2018

APROVADO EM: 11/04/2018