

Fotografia: Preparativos para a festa do Natal, confecção da árvore.

### **CAPÍTULO III**

# **MATERIAL E MÉTODO**

#### 3.1 Justificativa

A aids tornou-se o grande problema sócio-político do nosso tempo, uma linha decisória para os religiosos, um campo de batalha para os pesquisadores, um campo fértil para as demonstrações freqüentes do nível de desumanidade do homem para o homem.<sup>3</sup>

Entender o meio social do portador do HIV/aids nos parece um tanto complicado, mas extremamente essencial para os objetivos aos quais nos propomos. Seria impossível tentarmos entender este meio, se não participamos efetivamente dele, nos colocando como integrante do ambiente estudado. Dessa forma, o estudo buscou estruturar o grupo no contexto das sessões/oficinas de trabalho, ou seja, propiciando um ambiente de vivência

Nilzemar Ribeiro de Souza - 2003

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> GIR, 1988 – Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

cotidiana, de modo a permitir a organização e dinâmica grupal, assegurando ao setting um campo terapêutico.

Trabalhar com portadores de HIV/aids, principalmente no âmbito de suas relações sociais, não é uma tarefa fácil. No entanto, a riqueza de informações para os pesquisadores e estudiosos parece se encontrar no cotidiano das relações e são nelas que pretendemos nos integrar para direcionarmos o presente estudo.

Neste trabalho buscamos conhecer, mais de perto, a realidade do portador de HIV/aids, levando em conta que a infecção/doença pode interagir nos aspectos psicossociais que aí intervêm, integração esta a qual atribuímos fundamental importância na tarefa de subsidiar assistência que cabe aos enfermeiros.

Ao procurarmos conhecer a realidade concreta deste grupo, visamos a estudar sua problemática psicossocial, sob o ponto de vista compreensivo, no qual pudéssemos descobrir e criar caminhos alternativos e oferecer uma assistência de enfermagem significativa e de qualidade. Nesta perspectiva, o presente estudo representa este esforço, desenvolvido através do método qualitativo, pelo qual procuramos entender como o mundo vivido é constituído de significados, recorrendo a processos de compreensão e de interpretação mais do que ao da explicação.

## 3.2 Enfermagem e grupos – revisão bibliográfica

Arrancado do útero materno – o paraíso perdido – o homem tem que viver em uma espécie de corda

bamba entre o princípio do prazer (tendo que buscar o prazer; o que nos faz feliz) e o princípio da realidade (ter os pés no chão, e viver em sociedade)(SOUZA, 1997).

Uma possibilidade para reduzir a tensão interna conseqüente da condição humana, consiste em efetivar atividades criativas, incentivando à participação social do sujeito, visando ao seu reconhecimento e valorização pessoal. O alívio das tensões e o estabelecimento dos sentidos obtidos pelas produções externas são vias para que o sujeito adquira prazer e consiga lidar com o seu sofrimento psíquico.

O ser humano foi criado para viver em grupo; sorrir, chorar, sofrer, ser feliz, e isso só será conseguido, se ele se relacionar com outros seres. Todos esses sentimentos, também são experienciados por enfermeiros no desempenho de suas funções, no seu relacionamento com pacientes, familiares e funcionários. Grande parte das atividades desenvolvidas pelos seres humanos é realizada em grupos.

Zimerman apud Guanaes (2000); Dal Fabbro et al. (1993) afirmam que o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus relacionamentos interpessoais, participando desde o seu nascimento em diferentes grupos que o auxiliam na constituição de sua identidade.

No contexto do grupo, o homem traz para este espaço a exploração da subjetividade, este espaço permite funcionar como um laboratório social, no qual os membros reproduzem os papéis que ocupam no dia-a-dia de suas interações, ao mesmo tempo em que oferece ao

indivíduo a possibilidade de se questionar, enquanto ser social, refletindo sobre seu papel no grupo e nos demais grupos sociais aos quais pertence.

Segundo Pichon-Rivière (1971) "Grupo" constitui "(...) um conjunto de pessoas interagindo em tempo e espaço, articuladas pelas suas mútuas representações internas, que se propõem, implícita ou explicitamente a uma" tarefa."Um grupo tem uma estrutura, forma; porém não é o resultado da soma das partes e sim um todo estruturado. É também estruturante na medida em que abarca seres individuais, sensíveis, pensantes, atuantes que se movimentam absorvendo e influenciando o seu próprio caminho, dando singularidade à experiência vivida".

Lopes (1992) faz uma retrospectiva histórica situando o surgimento dos grupos a partir da Grécia Antiga e o seu desenvolvimento através dos tempos. Reporta-se ao momento em que as experiências empíricas da utilização dos grupos como recurso terapêutico começaram a surgir.

Dentre as leituras que fizemos, percebemos a importância de se interagir em grupos, como um fim social, onde se desenvolve o trabalho cooperativo, o respeito mútuo, buscando a melhoria das condições das sociedades humanas.

Kaplan et al. (1997); Collins & Goodman(1996) colocam que há duas das principais qualidades das dinâmicas de grupo quando comparadas com terapias individuais, são elas: 1) a oportunidade para um feedback imediato a partir da integração do paciente com os demais membros componentes do grupo e 2) a oportunidade para que tanto paciente, quanto

terapeuta, observem as respostas psicológicas, emocionais e comportamentais do paciente a uma variedade de pessoas, propiciando uma variedade de transferências.

Nessa perspectiva Zimerman apud Guanaes (2000); Maximiano (1998); Klein (1996) colocam que o grupo pode constituir-se enquanto espaço terapêutico por várias razões a saber: possibilitando a identificação entre seus membros; promovendo mais e novas sadias relações que favoreçam a construção de sentimento de identidade; funcionando como continente de angústias; construindo um espaço em que cabe coexistir igualdade e diferença; oferecendo ao indivíduo a possibilidade de reparação; atribuindo a importância à realidade atual e ao sofrimento psíquico de seus membros, valorizando a capacidade de socialização. Por fim, atuando no grupo, determinados fatores terapêuticos que ajudem o indivíduo na tomada de consciência de si mesmo como ser social.

A literatura relata o trabalho desenvolvido por Joseph Pratt, no Hospital Geral de Massachussets, nos EUA, em 1905, como um marco histórico, no que concerne as principais experiências de utilização de grupos, enquanto recurso terapêutico. Segundo Cappon (1978) as investigações de Pratt foram desenvolvidas, inicialmente, com pacientes tuberculosos através de reuniões de pacientes em grupos, para informá-los sobre sua doença e, as medidas necessárias para sua recuperação. O fundamento básico desse método partia do pressuposto de que os resultados do tratamento dependiam da influência benéfica de uma pessoa sobre a outra.

O emprego das práticas de grupo cresceu nas nove décadas que se seguiram, com o aparecimento de diferentes grupos, inicialmente ligados à educação ou a uma abordagem mais didática, e foram, de algum modo, precursoras do uso deste recurso, como uma forma de ajuda, indicando a evolução desta modalidade de atendimento ao longo dos anos (Osório, 2000).

Scheidlinger (1994) ao publicar seu artigo sobre a história da psicoterapia de grupo nos coloca que, de acordo com a literatura, influenciado pela clínica de Pratt, o médico psiquiatra Edward Lazell, em 1921, iniciou debates em grupo com pacientes psiquiátricos, orientados por linhas psicanalíticas e por conferências de apoio. Também na década de 20, o autor descreve que Trigant Burrow, médico psicanalista, abandonou sua prática individual em favor de debates ao ar livre, que incluíam os pacientes, suas famílias e colegas, e cunhou o termo "análise de grupo", visando estudar em profundidade o comportamento social. Mais tarde, em 1931, L. Cody Marsh, ministro religioso que se tornou psiquiatra, desenvolveu uma abordagem de tratamento em grupo voltada para pacientes internados. Este autor acreditava que a cura poderia ser obtida através das multidões, valorizando assim a psicoterapia de grupo no tratamento das patologias mentais.

Wood (1990) analisa este tipo de trabalho como um espaço onde a solidão, o pessimismo, a depressão e outros efeitos psicológicos advindos da doença, poderiam ser aliviados pelo suporte emocional existente em um grupo estável de pessoas, com preocupações e experiências semelhantes.

Sigmund Freud se reunia em grupos, com a finalidade de discutir casos de pacientes com o seu grupo de estudos da Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras. Com o tempo foi desviando de seu propósito e começa a analisar os próprios integrantes do grupo (Osório, 2000)

Scheidlinger (1994) descreve que a utilização planejada de pequenos grupos para tratamento teve início mais especificamente na década de 30, tendo como pioneiros os trabalhos de Loius Wender, Paul Schilder, Jacob Levi Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redl e Alexandre Wolf.

Guanaes (2000) coloca-nos que Wender iniciou sua prática de grupo no tratamento de pacientes internados, depois a expandindo para pacientes ambulatoriais, baseando-se em conceitos da psicologia de grupo de Freud. Schilder, em 1936, trabalhava com a interpretação dos sonhos e na análise da transferência. Jacob Levi Moreno utilizava a teoria psicodramática e o teatro da espontaneidade, já Slavon propunha a expressão de fantasias e de sentimentos mediante a ação e o brinquedo. Alexander Wolf, em sua abordagem freudiana à psicoterapia de grupo, utilizou-se de derivados da associação livre, da transferência, da resistência e da análise dos sonhos; e Fritz Redl, ficou reconhecido por sua utilização de grupos diagnósticos para crianças, e também, por propagar esta forma de terapia nos meios psicanalíticos.

A autora descreve, ainda, que a partir da segunda guerra mundial, com o aumento de casos psiquiátricos e a diminuição de profissionais nos serviços de atendimento, a utilização das práticas grupais passou a ser vista como uma necessidade, e diferentes modelos de terapia passaram a ser

utilizados, desde grupos de pacientes internos e similares, a grupos psicoeducacionais, de desenvolvimento humano e de auto-ajuda. Já na década
de 50, foi fundada a Associação Americana de Psicoterapia de Grupo, por
Slavon e a Sociedade de Psicoterapia de Grupo e Psicodrama, representada
por Moreno. Neste momento, também surgiram novas terapias no campo da
saúde mental: análise transacional, terapia centrada na pessoa, gestalt,
terapia cognitiva e terapia existencial, entre outras.

Existem atualmente, muitos enfoques do método de tratamento em grupo. A psicanálise tem sido utilizada como referência; a terapia de grupo transacional, criada por Eric Berne, onde salienta as interações no "aqui-e-agora" entre os membros do grupo; terapia grupo comportamental, grupos que utilizam técnicas de condicionamento baseadas na teoria do aprendizado; a terapia gestáltica de grupo, criada a partir das teorias de Frederic Perls, que capacita os pacientes a entrarem em contato com seus sentimentos e a se expressarem aberta e honestamente (Kaplam et al., 1997).

A psicoterapia desenvolvida por Carl Rogers que partindo de sua terapia centrada no cliente transporta-a para o contexto grupal, tornando-se explicitamente envolvido e comprometido com os grupos (Rogers & Rosemberg, 1977; Rogers, 1979).

Nos anos 70 percebe-se a consolidação dos grupos de autoajuda, como exemplo da Irmandade dos Alcoólicos Anônimos, que surgiu em 1935 em Akron Ohio (EUA). O crescimento destas modalidades de intervenção em grupo, nas décadas subseqüentes, ganhou proporções acentuadas, sendo descritas por Scheidlinger (1994) que poucos movimentos no campo das intervenções em Saúde Mental podem se igualar ao crescimento fenomenal, em menos de um século, que caracterizou a terapia de grupo.

As atividades grupais inseridas no cotidiano do enfermeiro, tem sido de grande relevância, quer seja no ensino, pesquisa ou no trabalho assistencial (Pirolo, 1999).

O emprego das atividades grupais norteia-se pela concepção de que o grupo auxilia na educação para a vida em sociedade e tem permitido ao enfermeiro refletir sobre sua condição de educador, pesquisador e, sobretudo, o conhecimento de si mesmo diante das dinâmicas das relações.

### 3.2.1 Caracterizando o grupo

A terapia grupal é uma das modalidades de tratamento em saúde mental que tem apontado aspectos favoráveis, no entanto, é importante que tal modalidade não seja utilizada de forma indiscriminada. Ao inserir um usuário ao grupo, esta inclusão deve ser planejada e adequada às reais necessidades de cada paciente, para que realmente o grupo possa trazer benefícios aos seus usuários.

É fácil entender que a doença e suas peculiaridades são prontamente discutidas e melhor compreendidas entre aqueles que dividem

experiências similares, daí advém à vantagem de trabalharmos com grupos homogêneos, por patologias (Contel, 1997).

Numerosos estudos confirmam os benefícios das reuniões de pequeno grupo para os pacientes com patologias físicas. Esses benefícios incluem melhora do estado emocional, melhor capacidade de enfrentamento e atitude mais positiva, maior aceitação e benefícios de custos. Embora os estudos tenham enfatizado os benefícios emocionais, estudos recentes demonstram reduções em morbidade clínica e mortalidade, após um número limitado de reuniões grupais.

As reuniões grupais para os fisicamente enfermos diferem da psicoterapia grupal tradicional. Os grupos de pacientes com problemas clínicos são geralmente limitados no tempo. Portanto, as técnicas utilizadas para conduzir este tipo de grupo são diferentes das utilizadas na psicoterapia tradicional grupal e seus requisitos para dirigi-los, também, são diferentes.

Joseph. H. Pratt, um médico que não era psiquiatra, fundou o campo da psicoterapia grupal em 1905 (Thomas, 1943; Pratt, 1907). Ele empregou métodos aparentados aos utilizados nos grupos médicos de hoje, ao invés daqueles utilizados na psicoterapia grupal tradicional.

Reuniões de pequeno grupo têm sido eficazmente utilizadas no cuidado de pacientes com câncer, infarto de miocárdio, moléstias cérebrovasculares, asma brônquica, dor crônica, diabetes mellitus, hipertensão arterial, enfermidades pulmonares crônicas, amputação, esclerose múltipla,

pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e muitas outras.

Os grupos para pacientes fisicamente enfermos têm os mesmos objetivos que os grupos psicoterápicos. Os fatores que contribuem para a eficácia desses últimos, também, se aplicam aos grupos de pacientes com doenças físicas. Tal como conceituados por Irvin Yalom (1975), esses fatores incluem a aprendizagem interpessoal, a ventilação de assuntos, a coesividade grupal, o *insight*, o desenvolvimento de técnicas de socialização, os fatores existenciais; a universalidade.

Para o bom funcionamento das atividades grupais faz-se necessário segundo Munari & Rodrigues (1997) que algumas condições possam contribuir para o seu êxito ou fracasso. Tais condições são desenhadas em diversos planos, que vão desde aspectos estruturais de funcionamento, até sua dinâmica interna e das inter-relações.

A literatura é vasta em apontamentos sobre a necessidade de cuidados na seleção de pacientes para a composição dos grupos, havendo estudos que versam sobre critérios de seleção de pacientes nos mais variados grupos e em diferentes contextos, considerando-se por um lado, suas características individuais, seus diagnósticos ou seu funcionamento psicodinâmico, e por outro, a própria finalidade do grupo a ser constituído e sua orientação terapêutica (Vinoghradou & Yalom; Klein; Budman, Simeone, Reilly & Demby; Rosemberg & Zimet; Salvendy; Zimerman & Osório apud Guanaes (2000)).

Similar ao desenvolvimento da psicoterapia de grupo em geral, os critérios de seleção e preparação, as indicações e contra-indicações e os conceitos de organizações cristalizaram-se todos, de modo gradual, através da experiência e do erro. A composição dos primeiros grupos de Joseph Pratt para pacientes tuberculosos, foi determinada apenas pelo diagnóstico médico e o baixo status dos pacientes. O primeiro grupo de jovens prostitutas vienenses, de Jacob Moreno, constituído em 1911, baseou-se na presunção de que suas histórias deviam ter sido semelhantes, que sua psicodinâmica seria semelhante e que as integrantes do grupo, portanto, apoiar-se-iam mutuamente no processo terapêutico (Salventy, 1996).

Kaplan et al. (1997) salientam que os pacientes preparados para uma experiência em grupo tendem a continuar em tratamento por mais tempo e a relatarem menos ansiedade inicial do que aqueles sem preparação. Esta preparação consiste de explicações detalhadas do terapeuta antes da primeira sessão, sobre o procedimento, e da resposta a quaisquer dúvidas que o paciente possa ter.

Yalom apud Salventy (1996) coloca que uma seleção adequada dos candidatos a psicoterapia de grupo reduz o percentual de abandono que tende a situar-se na casa dos 35%. Além disso, uma seleção correta contribui para o desenvolvimento da coesão, melhora a freqüência e acelera o estabelecimento do comportamento do grupo que é fundamental a mudança.

Tarefas básicas deverão ser definidas pelo terapeuta ao organizar um grupo . Entre elas destacamos:

- determinar contexto e tamanho do grupo: os grupos terapêuticos têm obtido êxito segundo Kaplan et al. (1997) quando limitado de 8 a 10 membros, o tamanho ideal. Mailhiot (1981) refere-se ao tamanho do grupo ideal aquele constituído por no máximo 12 membros. Os autores consideram que, com menor número de membros no grupo pode não desenvolver suficiente interação, enquanto que um grupo maior, a interação pode ser grande demais para que os membros ou o terapeuta possam acompanhá-la.
- decidir frequência e duração das sessões do grupo: pode-se utilizar sessões grupais uma vez por semana. É importante manter a continuidade das sessões. Quando se usam sessões alternadas, o grupo encontra-se duas vezes por semana, uma vez com o terapeuta, outra vez sem ele. Em geral, as sessões de grupo duram de uma a duas horas, mas o limite de tempo deve ser constante.

Munari & Rodrigues (1997) colocam que detalhes como o tempo de duração, o local das reuniões, o tamanho do grupo e demais aspectos do espaço físico deverão ser tratados no primeiro encontro uma vez que facilitam, sobremaneira, o desenvolvimento da fase inicial da atividade. Não existe uma fórmula única que defina as regras e normas do grupo, no entanto, alguns cuidados são necessários na fase do planejamento.

Ressaltam, ainda, as autoras acima, que a definição do horário e do dia da semana, para a atividade grupal, são essenciais se levarmos em conta as necessidades e possibilidades dos componentes do grupo. Igual cuidado, deve ter ao definir o tamanho do grupo, que deve prever tanto as

necessidades da clientela, os objetivos e o tipo de estratégia que será utilizada.

• decidir pela formação do grupo: pode-se utilizar grupos homogêneos ou heterogêneos, em geral a maioria dos terapeutas acredita que o grupo deve ser o mais heterogêneo possível, para garantir um máximo de interação. Assim, o grupo deveria ser composto por membros de diferentes categorias diagnósticas variados е com padrões comportamento, de todas as raças, níveis sociais e formação educacional, de várias idades e de ambos os sexos. Desta forma, os pacientes têm a oportunidade de reviverem e retificarem dificuldades interpessoais que possam ter-lhes parecido insuperáveis. O grupo homogêneo é indicado para a realização de grupos de apoio de pacientes com enfermidades físicas (ou com problemas médicos especiais como; grupo de queimados, dor crônica, portadores do vírus da aids, diabéticos, etc).

Quanto aos seus membros, alguns grupos têm um número e composição fixas de pacientes. Eles podem ser chamados de fechados, quando os membros o abandonam e não são admitidos novos membros; e abertos quando existe mais fluidez de afiliados, novos membros são admitidos, à medida que outros mais antigos o deixam.

É importante frisarmos que quando um grupo é planejado para um período fixo com a possibilidade de receber novos membros estes precisarão passar por uma seleção com maior cautela para evitar quebras no funcionamento do grupo, bem como checar a sua adequação aos objetivos vigentes.

• selecionar um co-terapeuta para o grupo: um fator que pode ajudar muito a coordenação na sua tarefa é a colaboração de um auxiliar que sem dúvida poderá dividir a carga emocional e intelectual que a atividade exige. Além disso, auxilia a coordenação a examinar a sua conduta frente ao trabalho do grupo como um todo, desde o seu planejamento até a avaliação, oferecendo oportunidade à auto-avaliação do coordenador.

Munari & Rodrigues (1997) destacam a importância de uma ajuda externa através de supervisão. Esse recurso pode facilitar o trabalho reflexivo sobre a dinâmica e caminhos percorridos pelo grupo, uma vez que permite a coordenação um olhar crítico e avaliador.

 ato de criação do grupo: a preparação do paciente para participar do grupo é essencial para auxiliar a sua aderência à proposta. O desenvolvimento de um clima confiável e seguro entre o coordenador e membros facilita o primeiro contato.

É importante, também neste momento esclarecermos os objetivos e a estrutura do grupo; pois, facilitaria o trabalho do coordenador nas atividades que serão desenvolvidas com a colaboração do grupo no contato inicial. Termos sempre claros os objetivos, facilita as dinâmicas propostas e como conseqüência, o estabelecimento das normas e regras que nortearão o grupo.

Kaplan et al. (1997) colocam que cada paciente aproxima-se do grupo de um modo diferente, os pacientes usam capacidades adaptativas, mecanismos de defesa e modos de relacionamento típicos que são refletidos pelo grupo, possibilitando-lhes, assim, a introspecção acerca de suas

maneiras prévias de portar-se. Ao entrarem no grupo, permitem que suas funções egóicas executivas – teste de realidade, adaptação e domínio do ambiente, percepção – sejam assumidas em certo grau pela avaliação coletiva fornecida pela totalidade dos membros, incluindo o líder.

Os primeiros contatos entre os membros do grupo, podem ser comparados à "fase do namoro", na qual as pessoas passam a se conhecer e este conhecimento cresce à medida que se interagem. A coesão não se dará apenas através de harmonia que é um fator bastante positivo, mas o contrário, também será benéfico, pois tais impulsos auxiliam o grupo a conviver com as diferenças, a considerar várias opiniões e decisões e, principalmente, a desenvolver um posicionamento mais crítico e reflexivo sobre as relações intergrupais, produzidas no seu interior.

Deste modo podemos trabalhar o grupo nas questões de confiança, exposição de sentimentos, o manejo das ameaças que mobilizam o grupo e seus membros para experimentar mudanças.

construção e manutenção de um ambiente terapêutico: o espaço físico e o tipo de ambiente que serão destinados para as atividades são fatores importantes para a manutenção do grupo. A privacidade do local, sua ventilação, disposição e estilo do mobiliário, iluminação, conforto da sala deverão ser verificados com muito cuidado, pois serão fundamentais para o sucesso do trabalho.

Da mesma forma que existem fatores que facilitam a coesão, existem fatores contrários; a instabilidade dos membros é um fator que dificulta o desenvolvimento da coesão e, conseqüentemente, do processo

grupal como um todo. As normas rígidas estabelecidas para funcionamento do grupo como: excesso de integrantes, desrespeito aos horários e compromissos, mudanças freqüentes no local das reuniões, certamente são fatores que podem desintegrar o grupo.

A entrada de alunos, estagiários, visitas, enfim a rotatividade da equipe pode causar dificuldades para atingir os objetivos e as metas, já que podem existir freqüentes interrupções, questionamentos de aspectos já discutidos e decididos anteriormente.

Desta forma, é importante a sintonia da equipe e a posição ocupada pelo coordenador, ou seja, a de facilitador. O clima produzido pela personalidade do coordenador constitui um potente agente de mudança. O coordenador é mais do que um especialista que aplica técnicas, pois exerce influência pessoal, envolvendo variáveis como empatia, cordialidade e respeito.

O coordenador poderá contar ainda com os outros membros do grupo, selecionando pacientes que possam realizar tarefas intra e intergrupais. Estes pacientes, também, terão o papel de facilitador nas atividades propostas pelo grupo; desde o preparo de novos pacientes para a terapia em grupo, ou em atividades que irão acontecer no decorrer das sessões.

- facilitação da comunicação e da dinâmica de interações.
- avaliação e término do grupo: ao pensarmos na avaliação das atividades grupais, seria pertinente termos um olhar cuidadoso e crítico para o que foi vivenciado. Avaliação é sempre vista como um "medidor", mas

neste caso pensaremos como uma forma de planejamento para as atividades que poderão acontecer em novos grupos ou, até mesmo, na continuidade do que está em andamento.

Essa informação poderá ser obtida através de uma conversa com os membros do grupo, coletivamente ou individualmente. Podem ser utilizadas entrevistas individuais ou de preenchimento de instrumento como o questionário, ao final do grupo ou da permanência do participante.

O olhar crítico do observador durante as sessões no desenvolvimento do trabalho, seu escrito diário das reuniões constitui uma preciosa fonte de informações.

A avaliação, na perspectiva de outros membros da equipe que trabalham com o grupo pode auxiliar, também, o processo de validação dos resultados alcançados por esse. Os outros membros da equipe que dão apoio ao trabalho realizado pelo coordenador, poderão ajudá-lo a captar detalhes importantes sobre o seu desempenho, dos outros membros do grupo e do processo como um todo.

A opinião de pessoas que convivem com os participantes do grupo, provavelmente tem uma visão única da efetividade e dos resultados desse trabalho sobre seus membros. Seus familiares, companheiros, conhecidos, amigos e outras pessoas, freqüentemente possuem uma visão objetiva a respeito da participação do indivíduo, os efeitos do grupo produzidos sobre ele e a repercussão disso no cotidiano da pessoa.

O término do grupo é um evento tão importante quanto todo o seu percurso. Requer atenção especial do coordenador que precisará prover o

grupo para que o mesmo possa vivenciar uma etapa que, na verdade, tem início com o contrato, fazendo, portanto parte do processo vital.

Uma pessoa poderá sair do grupo, pois já atingiu seus objetivos e a exploração da situação pode ser um evento muito positivo para todos. É um momento em que o grupo recebe o seu atestado como capaz de produzir ajuda e mudança.

As perdas de um modo geral, também podem significar bastante para o grupo, principalmente quando falamos de elementos chaves como, por exemplo, o coordenador. O grupo que conta com vários profissionais, terá menos dificuldade em lidar com esta questão. É importante ao realizarmos o planejamento do contrato de trabalho, prevermos estes acontecimentos, desta forma a possibilidade de lidarmos com a perda dos membros, por agravamento de seu estado, morte ou saídas bruscas, são esperadas.

Durante todo o processo a discussão irá possibilitar aos membros do grupo uma preparação para situações que poderão surgir; os sentimentos que emergiram, poderão ser explorados por todos, tornando o evento o mais real e verdadeiro quanto possível.

# 3.3 O trabalho em grupo

Entendemos, aqui, o trabalho em grupo como uma prática educativa, processo de troca de vivências e informações, que permita aos pacientes compartilharem suas experiências, forças e esperanças, com o

objetivo de resolver seu problema comum – no caso do presente estudo, conviver com HIV/aids – e ajudar os outros a se recuperarem quando necessário.

Para que isso ocorra é necessário que a atividade seja realizada em pequenos grupos, o que a torna mais eficiente. A troca de experiências em grupos gera redes de solidariedade e apoio mútuo para enfrentar os medos, as angústias, a culpa e os conflitos presentes na vida do portador do HIV/aids. Os membros ajudam-se mutuamente, compartilhando entre si uma enorme gama de experiência semelhantes em sofrimento e recuperação. O trabalho em grupo possibilita, também, uma postura mais crítica e autônoma dos pacientes frente aos profissionais de saúde. Isso pode favorecer a quebra da relação de poder entre o coordenador e as eventuais coordenadas, colocando todos (as) em idêntica posição de pessoas com experiência para trocar.

O objetivo do grupo não é tentar persuadir alguém a se juntar a ele, nem fiscalizar ou controlar seus membros; mas desenvolver uma cooperação mútua, na qual as pessoas possam se apoiar e encontrar sentido de vida que lhes propiciem o enfrentamento das situações que envolvem a sua condição de ser portador do HIV/aids.

O importante é criar condições para que cada membro consiga falar sobre suas necessidades e expectativas, permitindo que o coordenador possa planejar seu trabalho de forma a bem atendê-los (as) e, quando necessário, sair em busca dos conhecimentos que respondam às questões levantadas pelo grupo.

O trabalho em grupo, além de subsidiar na informação e compreensão do doente quanto a sua enfermidade, poderá ajudá-lo a manejar os sentimentos de medo, culpa, hostilidade, comuns às suas condições de portador de uma doença estigmatizante como é o caso da aids.

O paciente pode estabelecer escolhas, planejar e organizar sua vida com independência e autonomia. O espaço grupal facilita a retomada das relações, por ser mediada pelas atividades e pela equipe.

O que consideramos importante neste estudo não é trabalhar o conceito de cura, e sim postular objetivos terapêuticos mais específicos, realísticos e acessíveis. Estes objetivos seriam construídos com os pacientes e manejados pelo coordenador. Desta forma o grupo poderá trabalhar mais em nível de oferecimento de apoio do que de tentativas de mudanças nos mecanismos de defesa dos pacientes, ou seja, atuando mais em nível de processo secundário. Budman apud Guanaes (2000) destaca a importância deste apoio, pois este tipo de intervenção favorece que o pacientes tenham ganhos significativos em muitas áreas, incluindo o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, maior conforto em suas relações interpessoais e aumento no auto-conhecimento.

É importante destacarmos a postura do coordenador, Mackenzie apud Guanaes (2000) coloca que o coordenador deve ser tão ativo quanto necessário para manter a atenção dos membros na temática do grupo e nos objetivos do tratamento. Isto não significa que o coordenador controla o

processo do grupo, mas sim que este tem como função, manter o foco temático e encorajar a participação ativa de todos os membros.

Ao oferecermos o acolhimento ao grupo pode ser necessário que resistências sejam contornadas, antes que elaboradas, e buscas que se afastem da tarefa grupal precisem ser identificadas e redigidas, muitas vezes a partir de um maior emprego de intervenções apoiadoras.

Podemos enfatizar alguns tópicos para a atuação grupal:

- É fundamental que se estabeleça uma relação de troca entre o coordenador e os participantes. Existem dois pontos de partida que facilitam esse processo.
- O coordenador deve estar sensibilizado para as questões sobre
   o portador do HIV/aids, seja no que se refere à doença, seja no que se refere à problemática que envolve as questões psicossociais.
- Deve-se também reconhecer que todos os portadores, independentes de sua condição social (casado, prostituta, homossexual, etc) ou função (trabalhador, dona de casa, desempregado), desempenham um papel no processo produtivo ou no equilíbrio social. É através desse reconhecimento que deve ser buscada a sua valorização e o reconhecimento de sua cidadania.
- Antes de passar qualquer informação, o coordenador deve procurar saber o sentimento, a experiência e as informações que os membros do grupo têm do assunto. Isso tornará mais enriquecedor o processo de aprendizagem, possibilitando que as informações sejam correlacionadas com as experiências já vividas.

- A discussão de assuntos como, por exemplo, a sexualidade, contágio da doença, relação familiar, provocam atitudes de defesa ou medo em alguns participantes, pois entenderão que estão expondo suas intimidades. O coordenador também pode ter medos e inseguranças e os sentimentos de contratransferência aparecerão no decorrer das sessões. É aconselhável que isso seja discutido com o grupo, para garantir o clima de confiança.
- Se o coordenador estiver atento à dinâmica do grupo,
   perceberá que muitos medos, conflitos e rivalidades estão ali presentes,
   ainda que não manifestados verbalmente. É importante que ele trabalhe no
   sentido de fazer vir à tona esses sentimentos, evitando que se fortaleçam.
- Cada grupo é sempre diferente um do outro mais ou menos dinâmicos, participativos, produtivos. É importante entender e respeitar essas diferenças.
- A lógica do pensamento do coordenador, às vezes, não é a mesma que dos participantes. Isso pode ser devido às diferenças de classe social, de experiência e de informação. O coordenador, se prestar atenção, perceberá que a maioria das falas tem lógica própria, que precisa ser compreendida.
- O trabalho em grupo, em geral, revela atitudes paternalistas.
   Há casos em que um participante tenta justificar a atitude do outro. Se tal fato acontecer, o coordenador deve intervir, solicitando que a pessoa em questão fale por si mesma.

É importante que as reuniões sejam avaliadas pelo grupo,
 possibilitando aos participantes expressarem seus sentimentos, fazerem
 críticas e darem sugestões.

### 3.4 Da pesquisa qualitativa

Conforme Minayo (1996), toda investigação social deve-se contemplar o aspecto qualitativo, uma vez que se trata de gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. A pesquisa qualitativa em enfermagem tem contribuído bastante ao aperfeiçoamento da prática desta profissão.

Costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador).

Trabalha com os significados, buscando uma compreensão particular daquilo que estuda. Não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A atenção da pesquisa é centralizada no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados.

O aspecto qualitativo implica considerar como sujeito de estudo: o ser humano em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados.

O objetivo dos investigadores que trabalham com métodos qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiências humanas. Tentar compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrever em que consistem estes significados.

Martins & Bicudo (1994) colocam que tal pesquisa procura introduzir um rigor, que não o da precisão numérica, aos fenômenos não passíveis de serem estudados quantitativamente, que apresentam dimensões pessoais e que podem ser mais apropriadamente pesquisados na abordagem qualitativa.

A forma pela qual os dados são coletados na pesquisa qualitativa costuma ser feita através da comunicação entre sujeitos e o tratamento dos dados através da interpretação.

Os investigadores dessa modalidade de pesquisa estabelecem estratégias e procedimentos que lhes permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador. A investigação qualitativa se dá através de diálogo dos investigadores com os sujeitos, que não são abordados de uma forma neutra. Assim, uma das possibilidades de colher os dados dos sujeitos pesquisados é a entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada, segundo Polit & Hungler (1995), caracteriza-se pelo uso de uma lista de áreas ou questões dirigidas a cada respondente: esta lista é chamada de guia de assunto ou roteiro. A função do entrevistador é encorajar o participante a falar livremente sobre todos os tópicos listados enquanto se gravam as respostas.

Para Minayo (1989), a entrevista semi-estruturada não é simplesmente um trabalho de coleta de dados. Caracteriza-se sempre por uma situação de interação, na qual as informações dadas pelo sujeito, podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador, isto é, envolve a participação do pesquisador e do sujeito.

Polit & Hungler (1995) colocam que os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais narrativos e pouco estruturados que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos. Tal processo envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo pesquisador.

As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis sendo formuladas com o objetivo de investigar os fenômenos com sua complexidade em um ambiente natural. A abordagem à investigação não é feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses.

Segundo Polit & Hungler (1995) independente da forma dos dados, uma das tarefas difíceis do pesquisador é a de preparar, com cuidado, a análise, organizando o material. É importante que o pesquisador elabore um método de indexação do conteúdo. A indexação costuma envolver a elaboração de códigos que possam designar segmentos dos dados. Uma das primeiras tarefas no processo de análise é elaborar um esquema de codificação que tenha relação com os principais tópicos investigados.

Bodgan & Biklen (1994) destacam algumas características básicas que configuram este tipo de estudo, entre elas a de que:

- na pesquisa qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
- a pesquisa qualitativa é descritiva, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. A análise dos dados é feita em toda a sua riqueza, respeitando a forma em que foram registrados ou transcritos;
- os pesquisadores se preocupam mais com o processo da pesquisa do que simplesmente com resultados ou produtos;
- processo de análise é indutivo, há elaboração de generalidades a partir de observações específicas;
- significado é de grande importância; os pesquisadores estão interessados no modo como as pessoas dão sentidos a suas vidas.

## 3.5 O cenário real- local e sujeito

### 3.5.1 Contexto

O contexto deste estudo foi um serviço público de saúde do município de Passos que oferece atendimento ambulatorial em DST/aids.

O referido ambulatório foi fundado no ano de 1992, sendo considerado regional, pois os pacientes são encaminhados ao serviço por várias instituições de saúde da região.

Atualmente, o Ambulatório-Escola, que pertence a Faculdade de Enfermagem de Passos-Universidade do Estado de Minas Gerais, atua em quatro níveis distintos, voltados para a prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos casos de aids de Passos e, das 24 cidades sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Passos. Todos os serviços são integralmente gratuitos aos usuários, sendo que a estrutura abriga atualmente os seguintes serviços: COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), Leito-Dia, Hospital-Dia, ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica). Funciona de segunda à sexta-feira das 8:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 18:00 horas. Aos sábados, das 7:00 às 12:00 horas, apenas para expediente interno.

Conta com uma equipe multiprofissional formada por: enfermeiros, médico, psicólogo, dentista, acadêmicos e auxiliares de enfermagem.

Em 2000, o município de Passos/MG fechou o ano como a 14ª Cidade do estado em número de casos de aids.

De acordo com dados fornecidos pelo Ambulatório Escola, atualmente, fevereiro/2003, conta com 228 pacientes cadastrados, sendo: 138 homens, 85 mulheres e 05 crianças . Sendo que destes, 81 já faleceram, 66 desistiram do tratamento a ser realizado neste ambulatório e 81 se encontram em tratamento.

### 3.5.2 A composição do grupo

O grupo foi constituído pela pesquisadora de pacientes que freqüentam o Ambulatório Escola a partir de entrevista de triagem, sendo selecionados para a participação neste grupo homogêneo, apenas os pacientes que não se opuseram em colaborar neste trabalho de pesquisa, assinando o Consentimento Informado (Anexo A).

Os pacientes do presente estudo foram indicados pela enfermeira responsável do Ambulatório Escola, onde os mesmos freqüentam o Ambulatório apenas com o intuito de tratar os aspectos orgânicos da evolução da doença. Portanto, para o contato inicial foram programadas entrevistas no domicílio realizadas pela pesquisadora que contou com ajuda da auxiliar/acadêmica de enfermagem, para ser apresentada aos pacientes. A referida visita foi de caráter formal e breve, seguindo o que foi permitido pelos pacientes em contato prévio, ou seja, entrevista objetiva para explicitar estritamente o motivo da visita. Ficou claro que o ambiente familiar não era propício para discussão sobre a doença, o que no primeiro momento nos fez pensar que a adesão à pesquisa não fosse tão significativa. Posteriormente, quando realizamos a primeira reunião percebemos que tal impressão não fora correta, uma vez que todos os pacientes visitados compareceram ao Ambulatório para que a composição do grupo fosse concretizada.

Optou-se por um grupo aberto e homogêneo com relação à patologia, não havendo preocupação quanto à homogeneidade do grupo em relação ao tipo de contágio e ao estágio da doença.

Após algumas sessões percebemos que a dimensão da pesquisa se tornaria complexa e precisaríamos de suporte durante a coleta e organização do estudo, tanto por parte dos funcionários do Ambulatório quanto da participação de uma acadêmica de enfermagem, cuja participação pudesse ser exclusiva para as sessões/oficinas. O acompanhamento individual psicológico destes pacientes, também foi solicitado pela pesquisadora, sendo realizado pela psicóloga do Ambulatório.

Infelizmente não pudemos contar com todos os pacientes admitidos, durante todo processo de estudo, já que alguns deles se ausentaram no decorrer do estudo, ora por infecções oportunistas que levaram o indivíduo a constantes internações, ora por morte. À medida que o grupo se desenvolvia, houve solicitação de pedido por parte da enfermeira para que permitíssemos a inclusão de mais um integrante. Consideramos, assim, para efeito de análise dos dados, o grupo como composto por treze (13) pacientes.

O grupo teve 11 sessões, ocorrendo uma por semana, cerca de uma hora e meia de duração, nos primeiros 3 meses. Em decorrência destas sessões, surgiram o grupo de Oficina Cultural e o Grupo de Oficina de trabalho, totalizando 30 sessões/oficinas. Serão apresentadas, neste estudo as 11 sessões mais significativas realizadas com o grupo.

### 3.5.3 Critérios para seleção dos sujeitos

Para a seleção dos sujeitos que constituem o estudo, foram adotados os seguintes critérios.

- a) Ter diagnóstico confirmado de HIV/aids;
- b) Ter ciência de seu diagnóstico;
- c) Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- d) Ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e decidir participar voluntariamente (Anexo A);
- e) Foram excluídos, os pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento.

Foi esclarecido aos participantes o sigilo dos depoimentos e suas identidades.

A população alvo desta pesquisa foi composta por 13 sujeitos de ambos os sexos, que freqüentam o Ambulatório Escola.

#### 3.6 Desenvolvimento das técnicas de coleta de dados

O procedimento para coletar os dados foi realizado em três etapas. Como o Ambulatório não dispõe de um serviço de atividades grupais, embora possua uma estrutura física adequada, criamos este serviço destinado exclusivamente aos portadores de HIV/aids.

O procedimento se realizou da seguinte forma:

- primeiro passo: convidamos os pacientes do ambulatório a participarem da pesquisa, até perfazemos um total de 12 pacientes, quando então passamos para a etapa seguinte.
- segundo passo: reunimos os pacientes e procedemos aos devidos esclarecimentos sobre o funcionamento dos encontros grupais: local a serem realizadas as reuniões, sala disponível, o horário e data foram estabelecidos pelo grupo. As reuniões foram conduzidas pela própria pesquisadora, onde a cada encontro estabelecemos o que seria trabalhado com temas e assuntos a serem escolhidos pelo grupo.
- terceiro passo: no final do período estabelecido aplicamos uma entrevista semi-estruturada, sendo orientada por um guia de assuntos ou roteiro de questões previamente elaboradas, a partir de um plano piloto (Anexo B).

Fizeram parte desta amostra, os funcionários do Ambulatório, que participaram de forma voluntária no processo de avaliação do presente estudo (anexo C – D). Foram entrevistados 04 enfermeiros, 01 psicóloga, 01 dentista, 01 auxiliar/acadêmica enfermagem, 06 acadêmicos de enfermagem e 01 serviços gerais.

A pesquisa teve início em setembro de 1999 com a formação do grupo, as sessões de encontro se deram uma vez por semana, em horários estabelecidos pelo grupo, com encerramento em maio de 2000. O encerramento final da pesquisa se deu no 2º semestre de 2000 com a avaliação final.

## 3.6.1 Fontes complementares

#### a) Consulta aos prontuários

Realizamos consultas regulares aos prontuários do serviço com o intuito de oferecer um melhor acompanhamento e entendimento das questões que envolvem os pesquisados, sistematizando dados sobre história clínica (evolução da doença, tratamento, prognóstico), condutas médicas, principais queixas, assiduidade ao tratamento e dados de identificação.

### b) Diário de campo

Durante a pesquisa foram utilizadas notas de diário de campo pela pesquisadora, possibilitando desta forma registrar elementos do contexto e das interações entre os participantes do grupo.

### c) Registro do grupo

Todas as reuniões e a entrevista final foram gravadas em fita K-7 com auxílio do gravador, que segundo Freitas et al. (1992) estabelece um recurso repleto de vantagens, onde poderão ser detectadas as falas vivas dos participantes.

As transcrições das fitas foram feitas pela própria pesquisadora após cada sessão de encontro. Com relação à entrevista final, após cada encontro com o paciente, foi agendado o seu retorno para o novo contato, conforme sua necessidade ou para complementação da entrevista.

#### 3.7 Análise dos dados

Para a compreensão dos fenômenos estudados, utilizamos a metodologia qualitativa, história oral temática. Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da história oral de vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central. A história oral temática não só admite o uso de questionário, como este se torna peça fundamental para aquisição dos detalhes procurados (Minayo, 1989).

Com base nos registros, o material foi submetido ao processo de categorização, que segundo Lofland (1985) estudioso da metodologia qualitativa, é um recurso imprescindível na garantia do rigor metodológico. Seguindo os seguintes passos propostos por Giorgile adaptado por Vietta (1995): 1) uma leitura cuidadosa dos textos, obtida da transcrição de conteúdo de cada grupo, em sua totalidade, apreendendo os tipos de discursos aí contidos; 2) uma re-leitura de cada grupo foi realizada com vistas à identificação de unidades de significados dentro das temáticas emergentes (seus aspectos significativos para a compreensão da dinâmica do momento grupal, percepções, emoções, sentimentos importantes para análise das vivências); 3) classificação dessas unidades, procurando aquilo que se mostra constante nas falas de cada um, as convergências, divergências e idiossincrasias de conteúdos expressos pelos componentes do grupo; 4) análise de cada um dos grupos no sentido de detectar os

possíveis indicadores terapêuticos; 5) síntese de todos os grupos e respectivas análises.

Paralelamente procederemos à análise dos questionários de avaliação dos próprios pacientes sobre as possíveis influências do grupo em seu comportamento, bem como, das respostas obtidas das entrevistas com os funcionários sob suas percepções dessas mesmas influências.

O confronto das três análises: do grupo em si; da opinião dos pacientes e da percepção dos funcionários apreendemos o conjunto de forma a obter uma avaliação do processo em seu todo.