

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CONVENIADA
EXPANSÃO POLO I - CONVÊNIO REPENSUL

**CONVIVÊNCIA EM GRUPO - UMA MODALIDADE PARA
APRENDER E ENSINAR A ENFRENTAR A SITUAÇÃO
CRÔNICA DE SAÚDE**

NEUSI GARCIA SEGURA TOMASI

Curitiba, 19 de Abril de 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CONVENIADA
EXPANSÃO POLO I - CONVÊNIO REPENSUL

**CONVIVÊNCIA EM GRUPO - UMA MODALIDADE PARA
APRENDER E ENSINAR A ENFRENTAR A SITUAÇÃO
CRÔNICA DE SAÚDE**

Autora: Neusi Garcia Segura Tomasi
Orientadora: Prof^a.Dr.^a Mercedes Trentini
Co-Orient. : Prof^a. L.D. Ymiracy do N. S. Polak

Curitiba, 19 de abril de 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CONVENIADA
EXPANSÃO POLO I - CONVÊNIO REPENSUL

**CONVIVÊNCIA EM GRUPO - UMA MODALIDADE PARA
APRENDER E ENSINAR A ENFRENTAR A SITUAÇÃO CRÔNICA DE
SAÚDE**

NEUSI GARCIA SEGURA TOMASI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

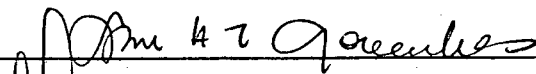
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo APROVADA em 19 de abril de 1996, atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

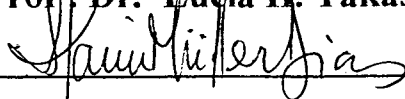
BANCA EXAMINADORA:



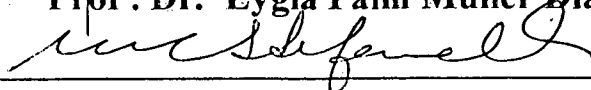
Prof^a. Dr.^a Mercedes Trentini - Presidente/Orientadora



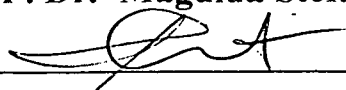
Prof^a. Dr.^a Lúcia H. Takase Gonçalves - Membro



Prof^a. Dr.^a Lygia Paim Muller Dias - Membro



Prof^a. Dr.^a Maguida Stefanelli - Membro Suplente



Prof^a. Dd^a. Maria de Lourdes Centa - Membro

AGRADECIMENTOS

À orientadora Dr^a. Mercedes Trentini pela dedicação, apoio e segurança. Sua competência, altruísmo e amizade representaram concretamente uma das facetas tão importantes e belas do processo ensino-aprendizagem.

À co-orientadora Prof^a. L.D. Ymiracy do N.S. Polak pela colaboração, respeito e harmonia que imprimiu nesta triangulação entre orientadora/orientanda/co-orientadora. Agradeço de coração.

Aos professores do Mestrado, pela dedicação e desafio do compartilhar experiências.

Às professoras visitantes, obrigado pela colaboração, empenho, competência e carinho na transformação do sonho em realidade.

À todos que fizeram parte das atividades de grupo na Unidade de Saúde, clientes e funcionários o meu agradecimento por aprender e ensinar a compartilhar saberes.

Às colegas e amigas do Mestrado, que tempo bom! cheio de histórias, emoções e apoio para prosseguir até aqui, o meu carinho.

Aos colegas professores do Departamento de enfermagem, obrigado pelo apoio e estímulo diário.

As professoras e amigas Rita Miako Yamamoto, Liliana Muller Laroca e Maria de Fátima Mantovani. Obrigado por manter a chama de ir em frente.

A Cláudio, André e Ricardo, que entenderam sabiamente minhas ausências na certeza que elas eram devolvidas em amor. Obrigado por aceitar o que eu podia dar a vocês neste período, e por se fazerem presentes em todos os momentos desta caminhada.

A Coordenação de Pós-Graduação (UFPR), Departamento de Enfermagem (UFPR) e Projeto Repensul (UFPR/UFSC), que tornaram possível a realização deste Mestrado.

RESUMO

Este estudo focaliza a convivência em grupo como veículo de ensino e aprendizagem no enfrentamento da situação crônica de saúde de hipertensão arterial. Teve como bases teóricas os conceitos de Pessoas com Hipertensão Arterial; Grupos; Educação e Saúde e Enfrentamento. Foi norteador pelos pressupostos de: que a pessoa com uma doença crônica pode ser saudável; a educação em saúde através de uma convivência grupal constitui um instrumento para o desenvolvimento das potencialidades humanas. Teve como objetivo facilitar a formação de um grupo de convivência com pessoas hipertensas, e o desenvolvimento de ações educativas que proporcionassem um enfrentamento saudável. O estudo foi desenvolvido, durante o período de um ano, com um grupo de oito pessoas. Os temas que emergiram no grupo foram analisados de forma descritiva e segundo a técnica de identificação de domínios e suas taxonomias. O processo de convivência foi desenvolvido em três fases distintas: **VER PARA CRER; A CONVIVÊNCIA e NOVOS RUMOS.** Durante o processo de convivência surgiram temas caracterizados como estressores, os quais, segundo os membros do grupo, contribuem para o descontrole da pressão arterial, tais como: **EMOÇÃO**, incluindo tristeza, raiva e nervosismo; **CONDIÇÕES DE TRABALHO INADEQUADAS; CONDIÇÕES FINANCEIRAS DESFAVORÁVEIS; ATENDIMENTO INSATISFATÓRIO DAS UNIDADES DE SAÚDE; PROBLEMAS RELACIONADOS A VIOLÊNCIA; RELACIONAMENTO FAMILIAR E PERDAS.** O estudo mostrou que o processo de convivência em grupo propicia o ensino e aprendizagem do enfrentamento às situações difíceis de vida, através de um processo de troca de experiências interpessoais. Acredito que esta experiência na formação de grupos em condição crônica de saúde possa estimular reflexões sobre a exploração de grupos como mais um recurso na prática de enfermagem.

ABSTRACT

This study focuses on peer group relationship as a vehicle of teaching and learning to cope with chronic health status of arterial hypertension. It is theoretically based on the following concepts: Arterial Hypertensive People; Groups; Education and Health and Coping. The guiding assumptions of this study are: a chronic-diseased person can be healthy; health education through peer groups is an instrument to further human potentialities. Therefore, my proposition was to facilitate the formation of a peer group involving arterial hypertensive people and to perform educational actions enabling healthy coping. The study was carried out with a group of eight people for one year. The issues that the group brought about were analysed in a descriptive way and through the domain identification technique and its taxonomy. Ethical aspects were warranted. The process of peer relationship was characterized by three distinctive phases: "SEE AND BELIEVE", "PEER RELATIONSHIP" and NEW WAYS. Issues assumed as stressors were brought about during the process of peer relationship once they contribute for arterial blood pressure uncontrol, according to the group participants. They are as follows: EMOTION, including sadness, anger and nervousness; IMPROPER JOB CONDITIONS; UNFAVOURABLE FINANCIAL CONDITIONS; UNSATISFACTORY SERVICE AT HEALTH CARE CENTERS; VIOLENCE-RELATED PROBLEMS, FAMILY RELATIONSHIP AND LOSSES. The study evidenced that the relationship process of peer groups furthers teaching and learning of coping with hard life events through a process of experience exchange among people. I believe that this experience in formation of chronic condition groups can be thought-provoking on group survey for nursing practice.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. BASES TEÓRICAS.....	5
2.1 PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	5
2.2 GRUPO:.....	12
2.3 EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	20
2.4 ENFRENTAMENTO.....	28
3. PRESSUPOSTOS.....	30
4. TRILHA METODOLÓGICA.....	32
4.1 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.2 ENTRANDO NO CAMPO.....	33
4.3 INICIANDO A APROXIMAÇÃO COM OS INTE- RESSADOS.....	37
4.4 REGISTRANDO OS DADOS.....	40
4.5 ANALISANDO OS DADOS.....	42
4.6 AS PESSOAS DO GRUPO.....	43
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
6 ENCONTROS E DESENCONTROS.....	47
6.1 COMIGO MESMA E COM O GRUPO.....	47
6.2 CONCEITOS VIVIDOS QUE FACILITARAM A CONVIVÊNCIA DO GRUPO.....	53
7 O PROCESSO DE CONVIVÊNCIA.....	60
7.1 VER PARA CRER.....	61
7.2 A CONVIVÊNCIA.....	70
7.3 NOVOS RUMOS.....	77
8 TEMAS EMERGENTES.....	80
8.1 PREOCUPAÇÕES DO GRUPO FRENTE AO SEU COTIDIANO	80
9 REFLEXÕES CONCLUSIVAS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

1. INTRODUÇÃO

Este estudo focaliza a convivência em grupo como veículo de ensino aprendizagem no enfrentamento da situação crônica de saúde. Contudo, vale ressaltar que, como a maioria dos enfermeiros, fui capacitada durante minha formação profissional básica predominantemente para a realização de ações de saúde a nível individual, em detrimento de ações em grupo e coletivas. Sendo assim, optar por desenvolver uma proposta educativa com grupos de indivíduos em condição crônica de hipertensão arterial constituiu-se num desafio. Embora tenha, em outros momentos profissionais, trabalhado educação em saúde com grupos ocasionais, as propostas predominantes sempre foram focalizadas por programas definidos previamente, privilegiando as doenças, em formas de palestras que até pareciam assegurar certo interesse da clientela, mas pouco contribuíam para mudanças de atitude em relação à saúde, criando sentimentos internos de ambigüidade entre os meus objetivos pessoais e os das organizações nas quais trabalhei. Devo enfatizar que por isso, neste trabalho, optei pelos grupos de convivência, devido a minha percepção e crença de que a modalidade grupal pode ser uma estratégia importante para os componentes do grupo que necessitam de mudanças em seu estilo de viver.

Continuando ainda a exposição do porquê de minha opção pela prática educativa junto a hipertensos na formação de grupos de convivência, uma delas, certamente, é a complexidade que envolve esta condição crônica. [Complexidade esta intimamente ligada ao fato de que a manutenção da pressão arterial em níveis preconizados como satisfatórios é um processo contínuo e permanente, alterando-se de acordo com determinadas demandas ou solicitações internas e externas, que variam incessantemente. Além disso, a hipertensão arterial é uma

doença crônica que não se configura como muitas outras doenças de caráter transitório ou temporário. Enquanto as doenças agudas demandam enfrentamentos de caráter provisório, a crônica demanda, além destes, exigências adicionais, devido ao seu caráter permanente. } Sendo assim, a opção pelos grupos de convivência decorre de minha percepção e crença de que a modalidade grupal pode ser uma estratégia importante para os componentes do grupo que necessitam de mudanças em seu estilo de viver.

Outro fator que me encorajou para percorrer a caminhada da criação de um grupo foi a experiência de minha orientadora, Dr.^a Mercedes Trentini, e outros componentes do NUCRON (Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde) que vêm desenvolvendo estudos com grupos de crônicos desde 1987 e apontam a convivência em grupo como uma alternativa para enfrentar tal condição saudavelmente.

Além disso, fui motivada pelo fato de que, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório, das quais fazem parte a hipertensão arterial, ocupam o primeiro lugar em número de mortes, pois nas últimas décadas houve uma tendência na diminuição dos índices de morbimortalidade por doenças infecciosas e aumento progressivo por doenças crônicas.

No Estado do Paraná, em 1991, estas doenças constituíram a primeira causa de mortalidade na faixa etária acima de 50 anos. Neste grupo a doença isquêmica do coração aparece como segunda causa, enquanto que a doença cerebrovascular como a primeira e a doença hipertensiva como quinta causa de mortalidade no Estado. (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 1994).

Sabemos que a magnitude da hipertensão arterial como causa de morte ultrapassa os valores acima mencionados e, quando avaliada com base em atestados de óbito, é até subestimada pois, muitas vezes, ela não é registrada; o atestado faz menção apenas à complicação (causa mortis “derrame cerebral”)

sem mencionar a hipertensão, causa primária do que levou ao “derrame” (Lipp; Rocha, 1994).

De acordo com o Ministério da Saúde (1993) as conseqüências da hipertensão não tratada acabam acarretando, do ponto de vista clínico, lesões cardíacas, cerebrais, renais, oftálmicas e dos vasos sangüíneos, sendo que, em 1987, foi a segunda maior causa entre os problemas responsáveis pela hospitalização (21,4%). Sob o ponto de vista dos custos sociais, a aposentadoria e auxílio-doença por hipertensão arterial isolada, ocuparam o primeiro lugar entre 1980 a 1986. Há, ainda, as questão dos custos mais graves, que são imensuráveis, como o custo pessoal que recai sobre o indivíduo e sua família, já que uma aposentadoria precoce leva a uma redução da renda familiar, interferindo negativamente sobre a qualidade de vida do indivíduo e de sua família; e dependendo do tipo e gravidade da complicação, como as que determinam invalidez física ou parcial, os reflexos sobre a família são ainda mais evidentes (Brasil, 1993).

A pressão arterial pode elevar-se sem apresentar qualquer sintoma, ou pode ser manifestada por dores de cabeça, vertigem, palpitações e fadiga inexplicável. O seu desenvolvimento depende de uma série de fatores orgânicos, psicológicos e ambientais, todos eles intimamente relacionados. Posto que a causa da hipertensão essencial seja ainda desconhecida, apesar de já terem sido identificados muitos fatores provavelmente envolvidos em sua patogenia. Parece provável que não exista uma única causa, porém uma complexa cadeia de eventos.

As pesquisas para buscar a gênese da hipertensão arterial foram intensificadas nas décadas de 50 a 60. Elas mantinham ênfase nas causas fisiológicas e, portanto, não foram conclusivas, ou seja, as hipóteses esperadas sob o ponto de vista estrutural e celular não se confirmaram. A partir daí, outros fatores passaram a ser considerados como determinantes da hipertensão arterial,

tais como o estresse emocional proveniente de fatores socioeconômicos. Assim, este “ser hipertenso” adquiriu nova configuração, passou a ser considerado um fenômeno humano que não pode ser reduzido apenas aos aspectos fisiológicos da doença que o acomete.

Trentini et al (1992) acreditam que as pessoas em condição crônica podem levar uma vida saudável se enfrentarem efetivamente as situações inerentes à situação crônica, incluindo as perdas, ameaças e novas incumbências. Comungo com a crença destas autoras e, portanto, com este estudo me proponho a:

- *Facilitar a formação de um grupo de convivência, envolvendo pessoas com hipertensão arterial numa Unidade de Saúde de Curitiba.*

- *Desenvolver ações educativas no grupo, que facilitem o enfrentamento saudável da condição crônica aos estressores inerentes à situação.*

Este trabalho, portanto, é um documento pessoal que pode encorajar enfermeiras que queiram optar e explorar o processo educativo numa modalidade grupal. Assim, tentarei descrever o vivido junto ao grupo, incluindo como me dispus a liderar, a facilitar a comunicação e o aprendizado da autenticidade, bem como os progressos, dificuldades e falhas na formação e evolução do grupo de convivência de pessoas com hipertensão arterial. Para isso, senti necessidade de aprofundar meu conhecimento teórico referente aos conceitos de: Pessoas com Hipertensão Arterial, Grupos, Educação e Saúde e Enfrentamento, os quais permeiam todo este estudo.

2. BASES TEÓRICAS

As bases teóricas deste estudo se fizeram necessárias durante toda a trajetória, ou seja, desde a qualificação do projeto até as reflexões conclusivas ao término da dissertação. Elas tiveram a finalidade de iluminar, esclarecer alicerçar e contrapor minhas crenças a respeito da temática escolhida.

Para melhor compreensão deste suporte teórico procurei agrupá-lo em um único capítulo. Este capítulo contém os elementos considerados como fundamentais para melhor compreensão dos sujeitos deste estudo que são grupos de pessoas com hipertensão arterial. Assim os conceitos que delimitaram e configuram este horizonte foram: Pessoas com Hipertensão Arterial, Grupo, Educação e Saúde e Enfrentamento.

2.1. PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial é uma condição que afeta 18% da população e em mais de 90% dos casos é assintomática, justificando seu flagelo social, levando, com frequência, à insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (Couto, 1991).

Embora não se tenha podido, até o momento, compreender todos os mecanismos envolvidos na sua gênese, o diagnóstico de hipertensão arterial é extremamente simples. A Organização Mundial de Saúde definiu hipertensão como uma pressão sanguínea sistólica de 160 mm Hg e diastólica maior de 95 mm Hg, em pelo menos duas medidas realizadas em ocasiões diferentes em todo indivíduo adulto, maior de 18 anos. Esta definição foi adotada pelo Programa

Nacional de Educação e controle da Hipertensão Arterial, da Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas do Ministério da Saúde, a fim de normatizar as ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade e da morbidade associada a níveis elevados de pressão arterial. Modificou-se apenas o critério de idade para 20 anos ou mais, com finalidade de facilitar a análise de dados, na fase de avaliação da eficácia e da eficiência do programa (Brasil,1993).

A condição crônica de hipertensão essencial cuja patogênese ainda é incerta, contribui aproximadamente com 95% dos casos e a hipertensão secundária possivelmente com 5% (Lipp; Rocha, 1994). Somente em cerca de 5% dos casos de hipertensão, chamada hipertensão secundária, é possível, saber exatamente sua origem e tratá-la. Nos outros 95% dos casos não é possível se detectar uma causa única.

Os estudos para a conceitualização da hipertensão arterial aumentaram na década de 80, porém não tiveram os resultados esperados. As pesquisas com enfoque estatístico não têm colaborado com a finalidade prática a que se propõem e os resultados acabam sendo encobertos pelas tendências e diferenças não avaliadas. Do ponto de vista epidemiológico, que utiliza o conceito de risco relativo para designar limiares de normalidade para pressão arterial, o que tem surgido são classificações do tipo em graus, em decorrência de que os riscos de morbidade e mortalidade tendem a crescer com a elevação dos níveis pressóricos. As proximidades destes limiares colhidos nestes estudos constituem-se de dificuldades práticas para definir condutas adequadas tanto a indivíduos quanto a grupos. Por último, os que enfatizam os aspectos clínicos enfocam principalmente a equação custo/benefício versus tratamento medicamentoso do hipertenso. Isto é, a partir de que valores pressóricos limites os efeitos colaterais das drogas utilizadas podem ser apontadas como mais benéficas do que causadoras de malefícios. As maiores dificuldades destes estudos têm sido a

identificação destes valores, já que os efeitos colaterais causados pelo uso prolongado da medicação anti-hipertensiva já têm sido comprovados (Cordeiro, 1991).

A situação atual, do nosso conhecimento, evidencia a hipertensão arterial como uma doença multifatorial. Contudo, apesar das exaustivas pesquisas clínicas e experimentais, não se encontrou ainda um denominador comum para a etiologia da hipertensão (Campos, 1992). A teoria do mosaico hipertensivo fornece uma estrutura que destaca a interrelação entre os múltiplos fatores que modulam a pressão arterial e a exigência de perfundir todos os tecidos de acordo com suas necessidades (Epstein; Oster, 1986). São fatores fisiológicos que de maneira integrada se articulam para o cumprimento desta tarefa: coração, vasos e rins, sob o comando e controle do sistema nervoso central, interferindo nesta regulação. O organismo deve manter um fluxo sanguíneo adequado às suas demandas, que se modificam de minuto a minuto e de região a região do corpo, conforme solicitações internas e externas da pressão. A regulação, portanto, da pressão arterial, é uma tarefa adaptativa (Campos, 1992).

“Mas afinal onde estaria localizado o defeito primário gerador da hipertensão arterial?” (Campos, 1992). O número de pesquisas para atender esta pergunta cresceu muito, principalmente nas décadas de 50 e 60. Desde então e até hoje as pesquisas enfatizam fatores ligados à herança genética. Os resultados têm avançado, porém mantêm inconclusivas e contraditórias o sítio primário de desregulação arterial. Frente a esta impossibilidade de explicação estrutural e celular, atenções se voltam para investigação de outros fatores como elementos capazes de gerar hipertensão arterial. Dentre estes fatores estão a hereditariedade, a obesidade, a sensibilidade ao sódio, o regime alimentar inadequado e o estresse que, em conjunto ou separadamente, podem afetar a ação do sistema nervoso, aumentar a resistência periférica, o volume cardíaco e o

equilíbrio entre o sódio e o potássio nas células (Lipp, Rocha, 1994). O outro grande fator de risco tem a ver com o modo como a pessoa enfrenta a sua vida e o estresse no dia-a-dia. Como se observa, a maioria dos fatores de risco são possíveis de serem modificados e eliminados. Embora os hábitos de vida sejam, muitas vezes, difíceis de serem alterados, quando a pessoa hipertensa ou com tendência à hipertensão se convence de que sua vida está, mais do que nunca, em suas mãos, muitas vezes ela consegue reestruturar o seu modo de viver, adotando um estilo saudável que lhe garanta uma vida normal (Lipp, Rocha, 1994).]

Uma pesquisa amplamente divulgada e citada na literatura veio reforçar nos meios científicos o estresse psicossocial com o estudo sobre uma pequena comunidade italiana denominada Roseta, fundada em 1880, que conservou o antigo estilo de vida durante 80 anos. Lá, os emigrantes conseguiram preservar sua identidade nacional por mais de meio século, cultivando os mesmos hábitos de sua terra natal. Embora tivessem alimentação cheia de gorduras animais e tendências para a obesidade, a taxa de mortalidade era notavelmente baixa, a incidência de doenças cardíacas era um terço da média nacional e apenas a quarta parte da média das cidades vizinhas a Roseta. Já os habitantes de Roseta que emigraram para as cidades dos Estados Unidos tinham índices de morbidade e mortalidade idênticas aos dos outros habitantes destas cidades. A explicação lógica é que os rosetanos conseguiram isolar-se do estresse da civilização constituindo seu mundo peculiar e tradicional. Em uma década após a pesquisa a cidade modernizou-se. Os homens iam e voltavam de trem todos os dias para empregos fora da cidade e os adolescentes iam para longe freqüentar cursos superiores. Automóveis congestionavam as principais ruas da vila. Antenas de TV estavam espalhadas pelas telhados, como uvas nas vinhas da antiga pátria. As famílias comiam às pressas e a incidência de doenças do coração elevou-se

até o índice nacional esperado (Landmann, 1989; Baccaro, 1990; Campos, 1992).

Outros trabalhos confirmaram esta versão. Um dos que mais se destacaram na área social foi o de Brenner, citado por Landmann (1989), mostrando que uma das grandes causas de doenças é a alta instabilidade econômica com perda financeira, desemprego, insegurança e ansiedade ou estresse decorrente. A instabilidade econômica desestabiliza os hábitos de vida, rompe as relações sociais básicas e aumenta o número de situações de estresse no mundo atual, atingindo, de preferência, os mais pobres. Brenner atribui grande valor a três parâmetros: a luta por necessidade básicas (alimentação habitação, vestuário e recursos médicos); o medo do achatamento salarial e do desemprego acarretando ansiedade; e, finalmente, a perda do status sócio-econômico que acompanha a deterioração financeira. Todos esses fatores levam a maior consumo de álcool, e a um aumento de doenças, acidentes e mortes violentas que no Brasil representam, já, a segunda causa de mortalidade.

Brenner, ao comparar os dois tipos de índices, os econômicos e os de saúde, estabeleceu um intervalo de zero a seis anos entre os desvios econômicos e o surgimento dos fatores mórbidos e a análise da mortalidade. Seria um intervalo de tempo significativo, em que os fatores mórbidos provocados pudessem atingir seu clímax. O paralelismo entre os fatores de depressão econômica e os fatores mórbidos ficaram indiscutivelmente demonstrados. Sempre que os índices econômicos declinavam, havia posteriormente aumento da mortalidade geral, da mortalidade por cirrose hepática, da proporção de suicídios, do número de homicídios, da admissão em prisões, em hospitais psiquiátricos e da mortalidade por cardiopatias. Os índices de mortalidade e morbidade caíam quando a situação econômica melhorava, quando o desemprego e a recessão cediam

terreno. Dos índices financeiros, o que demonstrou maior relação com a mortalidade foi o desemprego (Landmann, 1989).

A grande maioria de indivíduos portadores de enfermidades cardiovasculares é constituída de indivíduos com hipertensão arterial. E na grande maioria dos hipertensos está presente o componente estresse. “Seria então o estressado um hipertenso em potencial?” (Baccaro, 1990).

Os primeiros estudos psicanalíticos sobre hipertensão arterial ganharam destaque com Franz Alexander, que descreveu a personalidade hipertensa relacionada a repressão em excesso de impulsos hostis. Tais indivíduos manteriam um núcleo de hostilidade reprimida e dependências que os fariam reagir hipertensivamente (Landmann, 1989; Campos, 1992). Subsequentes pesquisas aventaram outras hipóteses acerca de determinadas características psicológicas correlacionadas com a hipertensão arterial, como alexitimia, depressão, passividade, expectativas negativas face às situações cotidianas (Campos, 1992). Outras pesquisas demonstraram que a hipertensão arterial seria decorrente do afloramento de conflitos básicos da personalidade. Verificou-se que a época em que ocorrera a malignização da hipertensão arterial, coincidia com a acentuação do conflito básico nuclear desses indivíduos. A detecção de alexitimia, hostilidade reprimida, ansiedade, não justificaria diretamente a hipertensão arterial, mas revelaria a presença de um núcleo de tensão, este sim, desencadeante e ou mantenedor dos elevados níveis de pressão arterial. Este núcleo seria estruturado à partir das primeiras experiências de vida e conteriam os conflitos e as estratégias de enfrentamento básicas do indivíduo, a que se somariam os conflitos e recursos de enfrentamento disponíveis. Como toda doença multifatorial, é necessário que se considere a influência relativa de cada um dos fatores que a compõem. Sem dúvida, em alguns pacientes o núcleo da tensão é fator primordial (Campos, 1992).

Landmann (1989) cita Hans Seyle que, através de suas experiências, construiu a conexão entre os fatores psicológicos e sociais que nos agredem a cada instante, e aspectos neurológicos, bioquímicos, hormonais e imunológicos que a medicina orgânica considerava os grandes e únicos responsáveis pelas doenças. Nas suas experiências em ratos de laboratório ou em cobaias, aplicava doses de drogas, sem qualquer efeito. Entretanto, quando estes animais eram amarrados em uma grade (experiência frustrante que os levava a excitação nervosa e a luta) grandes porções de sua musculatura cardíaca se desintegravam e os animais morriam em poucas horas. As lesões causadas pela combinação de drogas com o estresse eram similares às encontradas nas autópsias de indivíduos que morriam de crises cardíacas após emoções. Seyle não conseguiu convencer os cardiologistas, cujo conservadorismo renegou sua tese sobre agentes estressores. Eram necessários outros meios para convencê-los.

Groen apud Campos (1992), fez uma excelente análise das sociedades modernas ocidentais, mostrando, que as rápidas mudanças sociais ocorridas e quebra dos valores tradicionais, a ruptura dos laços grupais, o aumento da competição e do individualismo tem como consequência, a elevação das taxas de doenças psicossomáticas, incluindo aqui a hipertensão. Analisou também a influência da migração, que ocasiona rompimento dos laços de origem e choques com valores da nova sociedade em que se insere o migrante.

Outros fatores tem sido relacionados como geradores de Hipertensão Arterial segundo Groen apud Campos (1992):

- 1-Nível baixo de renda e educação
- 2-Desemprego
- 3-Elevado número de horas de trabalho
- 4-Maior nível de responsabilidade
- 5-Constante exposição a ruídos elevados
- 6-Competitividade e interação social

7-Desajustes familiares

8-Situações de perda e separação

O que parece claro é que qualquer tipo de estresse experimental ou ambiental eleva a pressão arterial. Nos hipertensos essa elevação é mais intensa e prolongada. Os hipertensos parecem mostrar uma quantidade maior de eventos estressantes no decorrer de suas vidas, do que as pessoas não hipertensas segundo Svesson; Tereorell apud Campos (1992).

A sociedade de hoje, é individualista e competitiva, aglomerada nos centros urbanos, descaracterizada e sem oportunidade no campo, habituada à ingestão excessiva de sal, calorias, álcool. Estas características fazem da hipertensão arterial uma doença da civilização, que expõe os indivíduos a situações sócio-econômicas de alta exposição ao estresse, sendo que estes possuem pouco ou nenhum controle da situação a que ficam expostos.

Toda abordagem da pessoa hipertensa que deixe de lado tais considerações tende a ser limitada. Como será limitada aquela que não levar em conta as influências intrapsíquicas a partir dos conflitos ou núcleos de tensão do indivíduo ou seu sistema pessoal de enfrentamento aos estressores.

2.2. GRUPO

O ser humano é gregário, e ele só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o nascimento, ele participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (Zimmerman, 1993).

Sendo gregário, não pode evitar de ser membro de um grupo, mesmo naqueles casos em que sua pertinência ao grupo consista em comportar-se de um modo que dá a sensação de não pertencer a grupo algum (Grinberg, et al, 1973). Estes autores, apoiados nas idéias de Bion, sustentam o ponto de vista de que nenhum indivíduo, ainda que esteja isolado, pode ser considerado como marginal em relação a um grupo, ou carente de manifestações ativas de psicologia grupal, apesar de que não existem condições para demonstrar estas afirmações.

Segundo Gahagan (1976), alguns grupos existem predominantemente, em virtude dos vínculos ou sentimentos entre seus membros, por exemplo, as turmas de adolescentes ou grupos de amigos. Existem aqueles que não podem ser chamados de grupo mas, sim, de um agregado acidental como, por exemplo, um aglomerado de pessoas acotovelando-se sob um portal para fugir da chuva. Ainda há aqueles que constituem uma classe definida por atributos físicos e idade, por exemplo.

Este autor considera que um conjunto de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de uma forma sistemática, para um determinado fim. Quer dizer, um grupo deve ser concebido como um sistema cujas partes se interrelacionam.

Dentro de uma proposta dialética de Pichon-Rivière apud Lane (1986), grupo é um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, relacionadas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita a uma tarefa a qual se constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de atribuição de papéis.

Segundo Zimerman (1993), um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos e sua relação com os respectivos subgrupos se constitui em uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade.

Para Gahagan (1976), as metas do grupo exercem uma influência organizadora sobre as atividades dos seus membros individuais, e as metas variam imensamente de natureza. A especificidade do objetivo exerce uma influência adicional no modo de funcionamento do grupo. Para este autor, somente podemos falar de metas de grupo, na medida em que as metas de seus membros individuais coincidem com a do grupo a que pertencem e, na medida em que eles só podem maximizar seus resultados, através da realização da meta do grupo. Isto é válido para todas as espécies de grupos, caso contrário, não passam de uma coleção de indivíduos.

Ainda concebe os grupos de trabalho como se ocupassem espaços dentro de duas dimensões independentes. Uma dimensão, representa o grau em que um grupo existe unicamente para algum objetivo extrínseco a si mesmo ou existe apenas para as relações entre seus membros. Entretanto, a maioria dos grupos possui tanto componentes de relacionamento interpessoal como componentes de meta relevantes para seu funcionamento.

Uma subdivisão que se faz necessária é a que diferencie os grandes grupos (macrosociologia) dos pequenos grupos (micropsicologia). Em relação a estes últimos, também se impõe a distinção entre grupo propriamente dito e agrupamento. Por agrupamento entendemos um conjunto de pessoas que convive, partilhando de um mesmo espaço, que guarda entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo propriamente dito. Essas pessoas possuem um mesmo interesse, apesar de não estar havendo o menor vínculo emocional entre elas, até que um determinado incidente possa modificar toda a configuração grupal (Zimerman, 1993).

Para este autor, partindo do princípio de que os fenômenos grupais são sempre os mesmos em qualquer grupo, variando as respostas às perguntas feitas, essa variação é que irá determinar a finalidade e, portanto, a modalidade grupal.

O autor nomeia um leque de aplicação das atividades grupais seguindo a trilha do abecedário como por exemplo: analítico, auto-ajuda, adolescente, alcoolistas, borderline, capacitação, casais, crianças, dramatização, discussão, diagnóstico, ensino-aprendizagem, egressos, formação, família, gestáltico, homogêneo, holístico, integração, institucional, idosos, livre, laboratório (relações humanas) organizacional, operativo, psicodrama, psicossomático, questionamento, reflexão, reabilitação, saúde mental, sensibilização, sala de espera, treinamento, união, vivências, etc.

A vasta aplicação das atividades grupais acima referenciadas demonstra o quanto denominações diferentes podem estar-se referindo a uma mesma finalidade grupal e, da mesma forma, um mesmo nome pode estar designando atividades que, em sua essência, são diferentes. Muitas vezes a prática grupal permite a criação de novas táticas, inclusive com a combinação de algumas delas, e tudo isso, aliado a um largo espectro de aplicações, pode gerar uma confusa rede conceitual.

Qualquer intento classificatório sempre partirá de um determinado ponto de vista, que tanto pode ser o de uma vertente teórica, tipo de “setting” instituído, finalidade a ser alcançada, tipo dos integrantes, tipo de vínculo com o coordenador, e assim por diante (Zimmerman, 1993). O fundamental segundo este autor, é que o terapeuta, líder ou facilitador, tenha bem claras as respostas às seguintes questões: que espécie de mudanças ele pretende, que tipos de técnicas deverão ser aplicadas, para que tipo de pacientes, por qual tipo de facilitador e sob quais condições. Os fenômenos do Campo Grupal, isto é, aqueles aspectos que surgem de forma espontânea são inevitáveis em qualquer grupo, independentemente da sua natureza. O que de fato varia de um tipo de grupo para outro é fundamentalmente o objetivo precípua para o qual cada um deles foi formado. Conforme o objetivo de um grupo, caberá ao seu coordenador o

emprego de táticas e de técnicas diferenciadas que propiciarão, ou não, a emergência e o manejo dos referidos fenômenos do campo grupal. √

Pode-se analisar um grupo através de sua composição, estrutura e ambiente. Neste caso, estudam-se as pessoas que compõem o grupo, as posições relativas que elas ocupam no grupo, suas relações entre si e o espaço físico e psicossocial do grupo. Pode-se, também, estudar um grupo considerando sua dinâmica, os componentes que constituem forças em ação e que determinam os seus processos. Visualizando-se o grupo como um campo de forças, em que umas concorrem para movimentos de progresso do grupo e outras, para dificuldades ou retrocesso, algumas delas ressaltam no funcionamento grupal. São elas: objetivos, motivação, comunicação, processo decisório, relacionamento, liderança e inovação (Moscovici, 1985).

Rogers (1994), ao descrever estes processos, coloca-nos que algumas tendências costumam revelar-se cedo, outras mais tarde, nas sessões de grupo, porém não há uma seqüência perfeitamente definida, na qual termina uma e começa outra. Este autor imagina esta interação como uma rica tapeçaria, diferindo de grupo para grupo, embora com certas espécies de tendências evidentes na maior parte destes encontros e com certas estruturas que tendem a preceder outras.

Mailhiot (1991) refere que a participação do indivíduo na dinâmica de formação de grupos proporciona uma ajuda no sentido de decentrá-lo de si mesmo e situá-lo em relação ao outro, levando-o a se liberar das fixações ou de seu egocentrismo, para preparar, nele, o aprendizado do alocentrismo, onde cada integrante se envolve pessoalmente na experiência do grupo e pode, segundo seus ritmos obter “novos níveis de vigilância e de presença ao outro; esquemas mais adequados de percepção de si e do outro; modelos mais flexíveis, mais funcionais de expressão de si e de comunicação com o outro”.

Sundeen et al apud Martins (1993) classificam os grupos em dois tipos: grupos operativos e grupos terapêuticos. O primeiro é um tipo de grupo que tem como proposta primária a conclusão de algum plano, eles enfocam principalmente o conteúdo nas tarefas e os fatores da sua constituição e desenvolvimento envolvendo: propostas, avaliação, discussão e tomada de decisão. O segundo existe em função de uma proposta específica, entretanto, seus objetivos são geralmente relacionados com o processo de crescimento emocional pessoal, desenvolvimento da experiência de relacionamento humano e enfrentamento de certos problemas. Alguns exemplos de grupos terapêuticos podem incluir: grupos de encontro, de treinamento, grupos de aconselhamento e grupos de terapia. Estes grupos diferem em função de seus objetivos, as técnicas usadas, as pessoas envolvidas e o papel do líder.

Para Atkinson; Murray (1989), a maioria dos grupos são classificados de acordo com a função que exercem para seus membros. Os grupos de apoio, proporcionam compreensão e esperança aos pacientes. Os grupos sociais, oferecem companhia para seus membros. Os grupos de tarefa, são organizados para desempenharem uma função especial. Os grupos terapêuticos são formados, geralmente, em torno de um problema comum aos seus membros. Os grupos de crescimento pessoal, oferecem, aos membros, a oportunidade de expandir o seu potencial humano. Por último, os grupos de aprendizagem, são formados em função de uma necessidade muito específica.

Na experiência da área da saúde observamos uma crescente utilização dos grupos terapêuticos, não os de funcionamento analítico, como os que mais tem demonstrado desenvolvimento e demanda, destacadamente os de auto-ajuda. Esse especialmente, tem sido gradativamente foco de estudos e emprego pela enfermagem.

Fica evidente na prática de enfermagem, como por exemplo, grupos de pacientes em situação crônica de saúde, a simultaneidade de aspectos das

diferentes classificações. No caso específico desta experiência com grupos de convivência de pessoas com hipertensão arterial, eles se nutriram de diversos aspectos dos grupos de apoio, dos grupos sociais e dos grupos terapêuticos etc. Nesta trajetória, a rede conceitual não foi o aspecto mais importante, e sim, a afinação dos objetivos e finalidades que sustentaram a proposta.

Elsen (1982), ao estudar a relação de grupos de auto-ajuda com o papel dos profissionais de saúde na criação e evolução dos grupos, fala como estes têm crescido na área da saúde e destaca que, de acordo com a proposta há dois tipos diferentes: aqueles voltados para modificar o comportamento e atitudes de seus membros e aqueles formados para ajudá-los a enfrentar crises particulares de vida. Acredito que um grupo, ao ajudar-se no enfrentamento de crises, aprende e, ao aprender, modifica comportamento e atitude, no grupo, nas relações sociais, na sua vida particular, agregada a uma intencionalidade subjacente que é a educação.

Fonseca (1988) diz que ao pensarmos o grupo como configuração social humana, é importante que atentemos para o papel de mediação que ele desempenha entre o todo social e a particularidade do indivíduo. O grupo é uma configuração social intermediária que articula a realidade da esfera do indivíduo com as dinâmicas macrosociais. Em sua função de mediação entre a particularidade do indivíduo e a totalidade social, o grupo realiza a mediação entre o indivíduo e a formação sócio-histórica concreta que lhe diz respeito. O grupo não existe, nem pode existir, como uma instância em si, isolada do seu meio específico. Ele é uma produção do seu contexto sócio-histórico. Cumpre-nos considerar essas questões para que possamos compreender e compartilhar, no grupo, dos modos de resistências aos particulares influxos de desumanização de nosso contexto sócio-histórico. Do contrário, arriscamo-nos a investir o poder que dispomos como facilitadores na concretização do grupo como um processo, também, de desumanização, alinhado com os mecanismos desumanizantes da

sociedade de consumo, levando-o à frustração do seu potencial natural de humanização.

O autor refere ainda que é, em grande parte, exatamente para fugirem ou reconstituírem-se dos eventuais efeitos de desumanização da sociedade de consumo que as pessoas buscam o grupo. Encontram, não raro, uma reprodução, apenas, dos mecanismos da dinâmica dessa sociedade, seja ao nível material, seja ao nível das relações interpessoais.

Segundo ele, é fundamental para o desempenho do trabalho de facilitador que possamos compreender alguns aspectos básicos dos grupos como configuração social humana particular, da mesma forma que possamos compreender a condição concreta dos grupos, no contexto da sociedade de consumo, na medida em que os grupos que facilitamos são, de um modo ou de outro e inevitavelmente, por eles determinados.

É imprescindível que o facilitador conheça de um modo efetivo, ainda que não especializado, a realidade sócio-histórica em que se inserem ele próprio, o grupo que facilita e as pessoas que dele participam. Ele deve conhecer ainda, as suas lutas concretas e estar humanamente posicionado em relação a elas, deve também, conhecer o processo de humanização, nesse contexto sócio-histórico particular, de modo que possa entender a forma como as ressonâncias das tensões, dessas lutas, se particularizam de modo especial na sua atualidade existencial e nas relações da atualidade existencial dos participantes do grupo. O facilitador pode entender concretamente, assim, as contingências e percalços da atualização do potencial e da essência humana, no contexto particular do grupo, livrando-se dessa maneira de uma participação rigidamente irracional e alienada, e do conseqüente exercício irracional e alienado do poder que dispõe como profissional. Estas reflexões do autor devem ser consideradas pelos profissionais da saúde e particularmente, nesta proposta, pelos enfermeiros, pois ela é fundamental para a ruptura do modelo educativo predominante na área da saúde,

pois desconsidera as determinações sociais que, certamente, têm importante peso nas várias dimensões do processo saúde/doença.

As atividades grupais com clientes na área da saúde têm sido utilizadas para o crescimento e aprendizado das diversas dimensões do processo saúde/doença. A educação em saúde, em grupos, também tem sido desenvolvida por profissionais como estratégia de facilitação na busca da melhoria das condições de saúde da população, embora no meu entendimento, este trabalho vem se dando muito aquém do que poderia e deveria ser.

Observo nas propostas de educação em saúde com grupos uma predominância de métodos que anulam a dimensão do processo reduzindo-o a instrumentos reprodutores das condições de dominação da educação tradicional, distanciando-se e negando o que há de mais relevante no processo educativo que é o pensar e o agir do conjunto dos membros do grupo.

2.3. EDUCAÇÃO E SAÚDE

A educação é uma experiência universal e exclusivamente humana; todos os homens se educam, e só eles o fazem. Tanto os indivíduos como os grupos, a família e a sociedade, a história, estão implicados na estrutura do fenômeno educacional. Isto quer dizer que, em sua polissemia, a educação pode ser enfocada de vários pontos de vista, mas cada um deles acaba por nos remeter aos demais e se por qualquer motivo, houver privilégio de algum aspecto em detrimento dos outros, eles incorrem num reducionismo que impedirá a compreensão do fenômeno educacional como do fenômeno humano propriamente dito (Rezende, 1990).

A educação, enquanto fenômeno, apresenta-se como uma comunicação entre pessoas livres em graus diferentes de amadurecimento humano, numa situação histórica determinada. O sentido da educação, a sua finalidade, é o próprio homem, quer dizer, a sua promoção. Promover este homem significa torná-lo cada vez mais capaz de conhecer os elementos de sua situação a fim de poder intervir nela transformando-a no sentido da ampliação da liberdade, da comunicação e da colaboração entre os homens (Saviani, 1992). Para este autor a educação é portanto um processo de construção do homem e da sociedade, um movimento de tornar-se, guiado por um projeto histórico e político.

A educação é, deste modo, fundamental para a humanização e socialização do homem. Pode-se dizer que se trata de um processo que dura a vida inteira, e que não se limita a mera continuidade, mas supõe a possibilidade de rupturas pelas quais a cultura se renova e o homem faz a história (Aranha, 1993).

A análise histórico-crítica da educação em saúde no Brasil apresentada na literatura demonstra que, desde o século XIX, a medicalização da vida social vinculava-se a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante. Esta orientação foi reforçada pelas descobertas bacteriológicas, reduzindo a doença a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica. Não eram consideradas, no seu contexto, a questão social nem o processo histórico de sua origem e manutenção (Loureiro apud Mohr; Schallohr, 1989).

Refletir sobre educação em saúde significa transitar nos problemas educacionais e estes só podem ser compreendidos na medida em que são referidos ao contexto em que se situam. Sendo assim, o pressuposto é que a educação está sempre referida a uma sociedade concreta, historicamente situada (Saviani, 1994).

Apesar dos recursos tecnológicos e científicos de que dispomos atualmente, a população continua com déficit de atenção à saúde, levando-nos a reflexão do quanto têm sido inócuas as tentativas de interferir nos problemas de saúde das comunidades. As estatísticas epidemiológicas gerais reiteram este quadro. Posto que existam decisões fundamentalmente políticas não podemos nos eximir de uma análise da questão educativa em saúde no contexto brasileiro (Laganá, 1989). O predomínio certamente da prática educativa em saúde está no modelo liberal-conservador da sociedade, transitando nas modalidades pedagógicas geradas por este. Esta modalidade, embora diferente possui o mesmo objetivo, ou seja, conservar a sociedade na sua configuração atual.

A educação para a saúde sempre foi desenvolvida como um conjunto de medidas que deve induzir as pessoas a adotarem atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e a prevenção da doença. As metodologias usadas para o alcance dessa finalidade constituem-se, basicamente, de orientações, aulas e demonstrações (Nascimento; Rezende, 1988). Neste processo os conteúdos são ultrapassados e são apresentados de maneira estritamente teórica, desvinculados da realidade e das necessidades da população. De modo geral, baseia-se na prescrição de regras que os indivíduos teriam que seguir, ignorando-se o desenvolvimento dos processos e fatores condicionantes envolvidos na infecção, na doença e nos acidentes. Desta maneira, é deficiente a formação quanto a conceitos, processos e comportamentos envolvidos na manutenção da saúde individual ou coletiva.

Como resultado, verifica-se que os conhecimentos que são pretensamente desenvolvidos com a população não são traduzidos em comportamentos, seja por falta de condições de internalização dos conteúdos ou porque estes não possuem significados para a realidade desta população.

Neste tipo de educação a falência se evidencia quando as normas e recomendações do saber técnico não conseguem promover mudanças nas atitudes da população. Esta, por sua vez, está presente para “assistir” a tais recomendações, mas em geral elas transcorrem sem questionamentos quanto à sua essência. Esse conhecimento não é criticado quanto ao seu caráter político, sua legitimidade enquanto instrumento de poder e dominação, apropriado pelos profissionais e veiculado numa linguagem técnica (Nascimento; Rezende, 1988). Em, geral ao passar estas recomendações técnicas, o profissional de saúde considera seu dever cumprido, uma vez que passou informações. Porém, frustra-se ao constatar que suas orientações não foram obedecidas e justifica-se culpabilizando a população como acomodada entre outros contornos (Valla;Stoltz, 1993).

O caráter paternalista e autoritário da educação em saúde, na maioria das vezes, não é uma atitude consciente do educador, ou seja, ele não atingiu, ainda a passagem da consciência ingênua à consciência crítica. Este profissional, nas palavras de Paulo Freire (1983) é “o proprietário do saber, que deve ser doado aos ignorantes e incapazes. Habitante de um gueto, de onde sai messianicamente para salvar os perdidos, que estão fora. Se comprometendo assim, não se compromete verdadeiramente como profissional nem como homem. Simplesmente se aliena”.

A educação, portanto, implica em uma busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela. Por isso ninguém educa ninguém. Não podemos nos colocar na posição do ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo; Freire (1983). Esta constatação pelos educadores pode levar a

transformação da relação cotidiana dos profissionais de saúde com a clientela considerada não mais carente, mas como sujeito de direitos (L'abbate, 1992).

Sob o ponto de vista do materialismo histórico, a educação para a saúde não considera o homem simplesmente como resultado de, um produto biológico e que, como tal deva ser tratado clinicamente, mas o encara como um agente do processo saúde-doença, considerando o meio ambiente em que ele vive como história concreta, acontecendo num enfoque mais coletivo das condições de saúde, muitas vezes determinado socialmente (Laganá, 1989).

Enfoques mais recentes sobre educação e saúde utilizam como referência a proposta de Tones, que os discrimina em quatro vertentes filosóficas a saber: o enfoque educativo, o preventivo, o radical e de desenvolvimento pessoal (Stotz, 1993).

Os enfoques destacados têm por característica comum restrições ou críticas ao chamado modelo médico. Estas críticas têm como base as evidências epidemiológicas de que fatores responsáveis pelas melhorias de saúde são sociais, comportamentais e ambientais.

Os defensores do enfoque educativo ressaltam o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde. O educador, sujeito da ação, deve compartilhar e explorar crenças e valores dos usuários dos serviços a respeito de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações práticas. A eficácia do enfoque educativo pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação.

O enfoque de desenvolvimento pessoal adota, em termos gerais, as mesmas proposições do educativo, aprofundando-as no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo. Significa facilitar a eleição informada,

desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, da gestão do tempo, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Tais destrezas incrementam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas pelo (destino e homens poderosos).

Estes dois enfoques, de modo geral, pressupõem indivíduos livres e em condições de realizar a eleição informada de comportamentos ou ações. Sabe-se entretanto que a maioria absoluta dos países como o nosso não se encontram em condições de fazerem tal eleição.

O enfoque preventivo é o dominante nos serviços de saúde. Os pressupostos desse enfoque são que o comportamento dos indivíduos está implicado na etiologia das doenças modernas (crônicas degenerativas), comportamento visto como fator de risco (dieta, falta de exercício, fumo etc.) e também que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo/benefício. Nesse enfoque a educação orienta-se segundo o modelo médico. Sendo assim elabora-se uma série de programas cujo conteúdo é extraído da clínica médica e/ou da epidemiologia. Sua eficácia como educação expressa-se em comportamentos como deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para a prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos.

Embora concorde com o autor quanto aos pressupostos básicos e, com algumas ressalvas, ao enfoque preventivo, na prática cotidiana dos serviços de saúde, tenho dúvidas que este seja mesmo o modelo dominante. Acredito, contudo, que a organização e distribuição dos serviços esteja estruturada sob este enfoque como, por exemplo, vacinação, exames preventivos de câncer, etc. Porém, no que se refere a ações de estímulo e de persuasão das pessoas para modificarem padrões considerados inadequados, substituindo-os por estilos mais

saudáveis, corroboro com o autor sobre a eficácia de tal prática. Contudo, acredito que em nossa realidade nem os espaços para esta estimulação e persuasão tenham sido conquistados, prevalecendo apenas a culpabilização daquelas pessoas, transformando-as em vítimas, por não apresentarem padrões individuais saudáveis.

O enfoque radical parte exatamente da consideração de que as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde. A educação sanitária é vista como uma atividade cujo intuito é o de facilitar a luta política pela saúde.

A predominância de qualquer um desses enfoques depende, evidentemente, da posição de cada um a respeito do que considera socialmente relevante e cientificamente fundamentado. Mas, na prática, nem sempre uma opção exclui totalmente as outras.

Qualquer enfoque que seja adotado precisa considerar o homem como sujeito de sua educação, pois só assim é que se estabelece a troca e o intercâmbio de experiências, não anulando o saber técnico nem subestimando o saber popular. As resistências são trabalhadas dialeticamente como contradições. Os valores não são afrontados nem confrontados com o certo e o errado, mas discutidos e analisados. Se o meu compromisso é realmente com o homem concreto, com a causa de sua humanização, de sua libertação, não posso prescindir da ciência, nem da tecnologia, com as quais vou me instrumentalizando para melhor lutar por esta causa (Nascimento; Rezende, 1988).

O enfoque de educação em saúde, que propicia um rápido acesso às opções que promovam saúde contínua e supera o enfoque exclusivamente baseado na capacidade dos indivíduos ou apenas centrado na mobilização social e política é apontada por Brown apud Stotz (1993), resultando no que o autor

denomina de abordagem ecológica: educação e saúde (saber) e educação sanitária (prática) devem facilitar as capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para terem o máximo poder sobre suas vidas, o que implica, necessariamente, intervir sobre as relações sociais nas quais constróem suas vidas. Ainda, segundo este autor, profissionais de saúde socializariam o seu saber para grupos determinados da população, não só explicando, mas ajudando-os a examinarem as bases sociais de suas vidas e de seu trabalho, enquanto condições adversas à saúde, desenvolvendo assim destrezas sociais e habilidades para o enfrentamento destas. Corroboro com este conceito de educação em saúde pois nele está subtendida toda a complexidade das relações entre usuários, profissionais de saúde, instituição e sociedade, onde a lógica de cada um tem que ser refletida dialeticamente e cujo desafio maior considero a materialização desta intencionalidade em ações de um processo que não subordine o homem, aqui entendido como grupo ou usuário, nem aos profissionais de saúde, nem às instituições ou a sociedade.

Só a partir de uma educação que mantém íntima relação do ser humano com sua realidade é que poderá ser desenvolvida a educação em saúde autêntica. Só nessa relação matricial (homem e realidade) podem surgir as condições de afloramento da consciência crítica. É o exercício de vivenciar e refletir sobre seu contexto, não alheado dele, mas com discernimento suficiente para mergulhar nele e se distanciar, que pode fazer com que o ser humano se aproprie de sua realidade, seja capaz de desvelá-la, de criticá-la, ultrapassá-la, ver mais longe e, aí, modificá-la (Nascimento; Rezende, 1988).

2.4. ENFRENTAMENTO

A vida diária de todos os indivíduos é cheia de experiências estressantes, requerendo alguma forma de enfrentamento.

Desde 1960 tem havido reconhecimento crescente de que, embora o estresse seja, de fato, inevitavelmente parte da experiência dos seres humanos, é o enfrentamento que faz a diferença.

Abordagens tradicionais de diversos estudiosos apresentam o enfrentamento como um processo unidirecional de ajustamento ou adaptação frente a um estressor. Hamburg (1974) acredita que o enfrentamento se refere aos efeitos da adaptação sob circunstâncias diversas. O conceito de enfrentamento, neste caso, inclui os termos como tarefa e estratégias. As tarefas referem-se aos requisitos para a adaptação e as estratégias aos modos pelos quais estes requisitos podem ser alcançados.

Para Clark (1984), o próprio estresse representa o estímulo que provoca respostas adaptativas ou de enfrentamento. Para este autor demanda é um estímulo interno ou externo percebido pelo indivíduo como requerendo uma resposta adaptativa. Enfrentamento é para ele uma resposta praticada e avaliada pelo indivíduo, afetando satisfatoriamente ou insatisfatoriamente a demanda na direção desejada, portanto, inclui noção de que o indivíduo possui a capacidade de avaliar sua própria habilidade de enfrentamento em função da demanda.

Atualmente o autor que mais tem influenciado os avanços para a conceituação de enfrentamento bem como referencial para pesquisa é Lazarus. Sua abordagem é despida do caráter limitativo e inflexível de quase todas as definições que assumem demais que as coisas são constantes.

Para Lazarus; Folkman (1991), enfrentamento é um processo dinâmico que envolve um empenho cognitivo e comportamental para lidar com situações estressantes internas e externas ao indivíduo, consideradas por eles habituais ou

como exceções no seu cotidiano. Essa demanda cognitiva e comportamental está constantemente sujeita a mudanças em virtude de avaliações e reavaliações contínuas da relação do indivíduo com seu meio que, por sua vez, também está em constantes mudanças. Algumas mudanças, nesta relação, resultam em parte do processo de enfrentamento, modificando diretamente a situação que está causando o distresse; neste caso, o enfrentamento está focalizado no problema. O enfrentamento pode ser também focalizado na emoção, e este regula o distresse das mudanças ocorridas no indivíduo, as quais resultam de um “feedback” acerca dos acontecimentos no ambiente.

O enfrentamento centrado no problema é geralmente utilizado em situações em que as pessoas acreditam que alguma coisa pode ser feita para mudar a situação. Neste, as estratégias são semelhantes às utilizadas para resolver problemas. Elas podem ser orientadas para alteração de estressores ambientais ou fontes externas (pressões, barreiras, recursos, procedimentos) ou estressores internos (mudanças de níveis de aspiração, diminuição do envolvimento do ego, aprendizagem de novas habilidades ou procedimentos) (Hymovich, 1992).

O enfrentamento centrado na emoção refere-se às tentativas para reduzir ou eliminar o “*distress*” emocional associado ao evento estressante, isto é, fazer a pessoa sentir-se melhor. Ele pode facilitar ou inibir o enfrentamento centrado no problema. Será provavelmente mais utilizado quando as pessoas acreditam que elas não podem mudar a situação e devem suportá-la (Hymovich, 1992).

Ambos os tipos de enfrentamento, centrado na emoção e centrado no problema, podem ser usados na presença do mesmo estressor. Ou seja, uma estratégia que parece ser desencadeada na emoção como por exemplo viajar, pode ser, também, uma estratégia focalizada no problema, se a pessoa reconhecer que esta estratégia pode reduzir a ansiedade para que possa refletir acerca da situação estressora (Lazarus, 1991).

3. PRESSUPOSTOS

Baseada em minhas crenças e nas bases teóricas anteriormente referenciadas, descreverei os meus pressupostos, a saber:

- *O grupo é o espaço apropriado para desenvolver a educação em saúde com indivíduos em condição crônica de saúde.*

- *O espaço da educação em saúde dar-se-á na dinâmica do grupo vivencial através da troca de experiências*

- *A educação em saúde, através de uma convivência grupal, constitui um instrumento para o desenvolvimento das potencialidades humanas.*

- *Mesmo com hipertensão arterial as pessoas podem ter uma vida saudável.*

- *O ser humano é único com dimensões psicológicas, fisiológicas, culturais, sociais, econômicas e políticas interdependentes, que enfrenta experiências estressantes do cotidiano, originadas das relações com ele mesmo e com o contexto externo.*

- *O enfermeiro, como facilitador, propicia uma dimensão educativa, estimulando a capacidade reflexiva do grupo de indivíduos hipertensos a tomar consciência de suas potencialidades e enfrentar as situações da vida cotidiana.*

- *O processo grupal favorece a relação profissional/clientela, o que significa a possibilidade de atualização para ambos.*

4. TRILHA METODOLÓGICA

4.1. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DO ESTUDO

O local onde desenvolvi a prática foi uma Unidade de Saúde do Núcleo Regional de Saúde Boa Vista pertencente a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Esta Regional ofereceu cinco unidades com interesse na minha proposta. Após percorrer três das cinco unidades oferecidas, não tive dúvida em escolher a unidade acima referenciada. Além dos requisitos de aspectos técnicos e funcionais desejáveis para desenvolver uma proposta com grupos, houve uma afinidade minha com o local, como a presença de grandes pinheiros, ausência de construções verticais nos arredores, campo de futebol, uma grande horta de plantas medicinais. Todos estes aspectos reunidos, deram sensações de amplitude, de paz e de encontro. Adicionados a todas estas circunstâncias favoráveis, houve muito interesse da enfermeira chefe de que esta unidade fosse escolhida. Um dos médicos generalistas, da unidade, também demonstrou interesse, colocando-se a disposição para colaborações eventuais, pois conhece a população, uma vez que desenvolve sua atividade nesta comunidade há dez anos. Após a autorização formal, pela Gerente da Regional de Saúde, iniciei a formação dos grupos.

Fatores que ainda colaboraram para a escolha foram a facilidade de acesso para a população, grande número de hipertensos cadastrados, com frequência de cerca de 60 % às datas agendadas. Além disso, foi colocado a minha disposição um amplo salão ao lado da unidade cedido pela igreja para reuniões, encontros e trabalhos de grupos.

Atualmente existem cadastrados na Unidade de Saúde doze grupos de hipertensos que comparecem uma vez ao mês. O número de participantes em cada grupo varia de quinze a vinte. Existem os grupos cadastrados da manhã, das terças-feiras e quartas-feiras, com um perfil de pessoas aposentadas e idosas. Os grupos chamados da noite, que comparecem às terças-feiras, é composto de pessoas mais jovens que trabalham e com faixa etária entre 35 e 60 anos. As atividades desenvolvidas mensalmente compreendem a verificação da pressão arterial, anotação das queixas, incluindo os efeitos colaterais da medicação. Estas ações são desempenhadas por uma auxiliar de enfermagem. Em caso de alterações anormais de pressão arterial e sinais clínicos de não adaptação a medicação, estes são encaminhados ao clínico geral. O uso de fitoterapia é incentivado pelos profissionais de saúde e utilizado pelos usuários desta unidade.

Embora sejam referidos, pela equipe da Unidade de Saúde, como grupos eles não existem para a realização conjunta de certos objetivos. Gahagan (1976) refere que uma coleção de pessoas é um grupo quando suas atividades se relacionam mutuamente, de uma forma sistemática, para um determinado fim. Sendo assim, podemos concluir que se trata de um agregado de pessoas que se encontravam não para interagirem, trocarem experiências ou realizar tarefas, mas sim para receberem um atendimento individual, conforme já descrito.

4.2. ENTRANDO NO CAMPO

Antes de iniciar a formação propriamente do grupo, ou seja, de manter os contatos como as pessoas hipertensas, houve uma fase de aproximação com a equipe da Unidade de Saúde, tanto nos turnos da manhã como da tarde.

A enfermeira chefe, demonstrou muito interesse, colocando à disposição os recursos disponíveis da Unidade e se prontificou, imediatamente, a buscar a

autorização formal do uso do salão, junto ao pároco da igreja, bem como entregar-me as chaves do mesmo. Em relação aos auxiliares de enfermagem, a do turno da manhã, ou seja, a que mantinha um contato mais direto com os hipertensos, mostrou-se muito interessada em que a proposta tivesse êxito, prontificando-se a colaborar na apresentação e na minha aproximação junto às pessoas hipertensas. O também se colocou a disposição para esta fase de aproximação com a clientela.

No turno da tarde esta fase foi semelhante; o enfermeiro se prontificou a colaborar no que fosse necessário e a auxiliar de enfermagem, que estava escalada para desempenhar o atendimento de rotina aos hipertensos, era uma pessoa que acreditava muito no resultados do trabalho em grupo e tinha muito interesse em participar.

Durante a apresentação da proposta para a equipe multiprofissional percebi uma dificuldade de credibilidade na finalidade da mesma. Eu mesma tinha dificuldade de apresentar uma proposta, cujo objetivo principal era criar a convivência entre as pessoas hipertensas e cuja dimensão educativa dar-se-ia, a partir da autêntica vanguarda do grupo, cujo papel a ser que exercido era o de favorecer um método ativo, que privilegiasse a participação e o diálogo.

Outro aspecto difícil foi o relacionado aos temas de educação em saúde, estes não tinham sido estabelecidos a priori, surgiriam das relações que se estabeleceriam no grupo. O meu papel seria o de catalisadora, tendo sempre a preocupação de que este processo fosse fecundo para o crescimento pessoal, de modo a tornar cada componente do grupo consciente de si e da sua relação com o mundo.

Fez-se necessário clarificar uma proposta de educação em saúde fora dos moldes tradicionalistas, marcadamente instrumentais. Um funcionário perguntou "*Vai falar sobre dieta no primeiro encontro, ou sobre hipertensão?*" Então eu, inicialmente muito ansiosa, tentava me fazer entender, sentia-me decodificando o

meu desafio em educação em saúde, que era fazer o grupo ir além, deixando de serem receptores passivos. Exemplificando, expliquei que não bastava recomendar que a dieta e o medicamento fossem seguidos, pois que, isto provavelmente o grupo já sabia. Seria preciso favorecer, através da interação do líder do grupo e intra-grupo, o desvelamento do significado de enfrentar os fatores adicionais advindos desta condição. A dimensão educativa pretendida interpreta os indivíduos que, para enfrentar estressores da sua condição, devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tal, adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos. É relacionar a vida dos indivíduos (suas experiências, valores e expectativas) com o tempo histórico da sociedade, em sua estrutura, dinâmica e representação (Stotz,1993). Concordo com o pensamento de Mills appud Stotz (1993), pois, segundo este autor, o indivíduo somente pode conhecer suas possibilidades de vida tornando-se cômico das possibilidades de outras pessoas nas mesmas circunstâncias em que ele vive.

Passada esta fase de ansiedade percebi que o entendimento da proposta se faria mais facilmente quando esta deixasse de ser abstrata, passando a ser concreta, real, no desenvolvimento das minhas práticas.

Em relação às pessoas hipertensas, minha concentração de esforços se dirigiu durante um mês, no período da manhã e da tarde, à apresentação da proposta para a formação de dois grupos, a saber: um pela manhã e o segundo à tarde.

O processo de aproximação e as estratégias foram semelhantes, para os dois grupos (da manhã e da tarde), ou seja, eu chegava no horário de rotina estabelecido, na Unidade de Saúde e encontrava algumas pessoas hipertensas sentadas em frente à sala de pré-consulta e outras espalhadas em outros locais da Unidade. A auxiliar de enfermagem solicitava que entrassem na sala ao lado para conhecer a proposta. Antes de expor os objetivos da proposta eu me apresentava.

As dificuldades aqui encontradas não foram muito diferentes das já mencionadas junto à equipe multiprofissional. Isto significa dizer que o grupo ficava aguardando uma proposta nos moldes da educação tradicionalista, com uma pauta preestabelecida, e o meu desafio, mais uma vez, era traduzir a proposta de maneira clara, enfatizando sempre que o objetivo primordial era o encontro, a convivência, e que a partir daí conversariamos sobre o que eles solicitassem ou o que fosse indicado por eles como necessidades. Durante esta exposição dos objetivos e dos aspectos éticos, alguns indivíduos demonstravam, de maneira reservada, interesse, dúvidas e questionamentos, expressos nas seguintes falas:

Se tiver que vir eu venho.

Se tivesse mais homens no grupo eu participaria.

Acho que vai ser bom, mas pela manhã cuida das criações.

Bem que gostaria, mas as passagens...

Não dá para fazer no dia que a gente tem que vir, eu quero participar.

É aula ou curso?

Não dá para ser no nosso dia?

Vou tentar vir.

4.3. INICIANDO A APROXIMAÇÃO COM OS INTERESSADOS

Este processo resultou na apresentação de dez indivíduos com disponibilidade de participar uma vez por semana, o que foi chamado de grupo da manhã.

Considerando as especificidades e a disponibilidade de cada um, optei por desenvolver uma proposta que respeitasse os ritmos das pessoas, o que resultou em uma agenda fixa para mim pois todas as manhãs de quinta-feira ficaram reservadas para o grupo.

Nas primeiras três reuniões o número de participantes atingiu uma média de dez a doze pessoas. Este número decorreu do fato da auxiliar de enfermagem interromper as pré-consultas, encaminhando os clientes para o salão. Ao tomar ciência desta ocorrência, passei a enfatizar a não obrigatoriedade das reuniões com o pessoal de enfermagem e com os clientes que aguardavam a sua vez para serem atendidos na Unidade de Saúde. Observei claramente o fenômeno resistência: lamentavam muito o fato da reunião não acontecer dentro da Unidade, temiam perder a pré-consulta de enfermagem e a consulta médica. A pré consulta de enfermagem consiste na verificação e anotação da pressão arterial, peso e queixa principal. Muitos ficaram incomodados com a duração da reunião, que tinha uma hora, em decorrência de seus compromissos particulares. Na seqüência, o número de participantes foi declinando para três e dois, sendo então realizados em torno de mais três encontros, nos quais preparei-os para a suspensão das reuniões, passando a trabalhar apenas com o grupo da tarde. Vale ressaltar a presença constante de dois componentes, os quais lamentaram muito o não engajamento de mais pessoas na proposta conforme pode ser evidenciado nos seguintes depoimentos:

Que pena que o pessoal não está participando.

Que coisa, não veio ninguém, esse pessoal não se dá valor não.

Acho que as mulheres não vêm porque são muito acomodadas. Poderiam aprender tantas coisas, conversar.

Ao não estabelecimento do grupo da manhã pode-se inferir várias causas, e uma delas, acertadamente, ao fenômeno de resistência inconsciente, embora conscientemente possam ter se interessado e empenhado, como demonstraram suas falas ao tomar conhecimento da proposta. Paralelamente a isto, percebo que deveria ter utilizado outras estratégias para que o grupo ganhasse existência. Assim à partir do momento em que tive conhecimento da presença de algumas pessoas devido à dispensa compulsória destes pela auxiliar de enfermagem da Unidade de Saúde, poderia ter aprofundando a discussão sobre o próprio fato e trabalhado outras estratégias mais espontâneas. Reconheço que poderia ter, a partir deste episódio autoritário, sob minha ótica, explorado e não o tornado um "divisor de águas," já que o fenômeno de resistência é comum e esperado na fase inicial da formação grupal. Certamente, para a auxiliar de enfermagem que os dispensou, os fins eram justos e executados ingenuamente, sem reflexão crítica. Embora considerasse os meios inadequados, eles poderiam ter sido encarados como dificuldades esperadas e, sobretudo, debatidas, já que em nenhum momento tive a ingenuidade de acreditar que seria tarefa fácil fazer com que um grupo ganhasse existência, principalmente numa modalidade de grupo na qual pretendi imprimir uma dimensão educativa que deixasse o processo emergir e com ele a temática e encaminhamentos, e que, no entendimento de muitos participantes, era uma atividade sem programa, surgindo daí inquietações tais como: o que faremos nestas horas reunidos, como será cada encontro, o que discutiremos, qual é a pauta.

A partir desta situação, aliada ao fato de dispor de pouco tempo para o estabelecimento do grupo da manhã, passei a trabalhar apenas com o grupo da tarde. Antes de me ausentar nas manhãs de quinta-feira e passar a trabalhar

apenas com o grupo da tarde ainda compareci a mais três encontros com os dois participantes para o processo de finalização e também, para convidá-los a participar dos encontros de terças à noite, caso assim o desejassem. Embora o grupo da manhã não tenha se efetivado foram realizados seis encontros e todas as vezes que citar algum extrato destes encontros o identificarei como o grupo da manhã.

Todas estas dificuldades vividas na tentativa de formação de um grupo no turno da manhã, serviram como aprendizado, frente às resistências que certamente surgem quando se inicia qualquer processo que possa trazer alterações à uma rotina já estabelecida. Assim passei a trabalhar com objetivos mais flexíveis em relação à resistência e engajamento dos funcionários e das pessoas hipertensas à proposta; isto significou estar mais aberta para aceitá-las, debatê-las, num período de tempo que fosse necessário à estas pessoas, sem a fixação de um tempo pré-determinado.

O processo de formação e seleção do grupo da tarde foi semelhante ao da manhã, ou seja, foram reunidas as pessoas da primeira quarta e terça feiras do mês apresentados os objetivos da proposta, local, duração do encontro e minha função dentro do grupo, entre outras informações solicitadas. Este processo de apresentação e negociação da proposta durou um mês e resultou no interesse de dezenove pessoas.

4.4. REGISTRANDO OS DADOS

Quanto ao registro das reuniões informei ao grupo que os dados obtidos nas discussões seriam anotados e utilizados para o desenvolvimento de um trabalho.

As minhas anotações contemplaram aspectos verbais e não verbais. Elas foram transcritas em forma de (NO) notas de observação; (NT) notas teóricas; (NM) notas metodológicas (Schytzmann; Straus, 1973).

Para estes autores (NO) são sentenças relacionadas a eventos experienciados principalmente através da observação visual e audição. Cada NO representa um evento considerado suficientemente importante para ser incluído no banco de coleta de dados da experiência como uma parte da evidência de alguma proposição futura ou propriedade do contexto ou situação. Uma NO é quem, o quê, quando, onde e o como da atividade humana. Ela revela quem disse ou fez o quê sob determinadas circunstâncias. Cada NO é construída como um evento único que pode constituir-se como uma informação, ou pode ser compreendida completamente no contexto de outra NO, num período e circunstância específica. Se ela registra conversações reais, o pesquisador cita palavras, frases ou sentenças exatas: contudo ele utiliza entre aspas, relato simples, para indicar alguma coisa com menor certeza, ou, então ele parafraseia o melhor que pode.

Se o observador deseja ir além dos fatos no momento, ele escreve uma Nota Teórica ou Inferencial. Nota Teórica (NT), representa consciência própria, tentativas controladas para derivar significado de uma ou mais notas de observação. O observador, na coleta de dados, pensa sobre o que ele experienciou e faz qualquer declaração, particularizada do significado do que ele sentiu, produzindo resultados conceituais. Ele interpreta, infere, hipotetiza conjecturas,

desenvolve novos conceitos, os conduz para outros e relaciona alguma observação no seu esforço privado atual para criar uma ciência social.

Nota metodológica (NM) é uma sentença que reflete um ato operacional completo ou planejado; uma instrução para si mesmo, uma lembrança, uma crítica de sua própria tática. Ele anota a determinação do tempo, a seqüência, o estado, o nível do conjunto ou da evolução da coleta de dados. Notas metodológicas devem ser pensadas, refletidas como (NO) do próprio pesquisador e sobre o próprio processo metodológico, completando o relato como o pesquisador considera necessário ou produtivo. Tais (NM) apoiarão o pesquisador a planejar o relato para publicação posterior de suas táticas de pesquisa, utilizando as notas detalhadas, entretanto suas (NM) consistem principalmente de lembranças e instruções para si mesmo.

Anotava sempre as palavras chave durante a reunião e ao término, antes de retornar para casa, já fazia os desdobramentos. Se durante estes desdobramentos surgisse uma dúvida sobre o que algum participante expressou, eu não mencionava. Acredito que se tivesse optado por gravar as reuniões nenhum dado teria sido excluído e haveria predomínio de NO em detrimento das outras, mas, por outro lado, talvez eu perdesse a oportunidade de me exercitar em anotar toda subjetividade das (NT), que julgo fundamentais na formação e desenvolvimento de um grupo, bem como as (NM) que eram guias, críticas a minha própria trajetória na formação e desenvolvimento do grupo. Eu poderia descrever tudo o que até aqui mencionei, transportando para o grupo da seguinte maneira: as notas de observação incluíam predominantemente as expressões verbais e aquelas passíveis de observação dada por outros órgãos do sentido, tais como, rubor, suor, meneio da cabeça, esfregar as mãos, entre outras. Nas notas teóricas as informações incluídas surgiram da minha capacidade de interpretar as notas de observação. A significação e o valor, segundo minha percepção, das notas teóricas, passava também pelo quanto fui capaz de desenvolver atitudes,

tais como a empatia, a congruência e a aceitação incondicional do grupo. As notas metodológicas construíram raciocínios de orientações na crítica à própria trajetória metodológica, ao término de cada encontro, ainda no salão, eu refletia sobre os aspectos positivos e negativos da evolução do grupo face a minha conduta de facilitação. E checava então sua perspectiva metodológica ao longo do processo com o grupo.

4.5. ANALISANDO OS DADOS

Analisei os dados utilizando a técnica de análise de domínios e taxonomia proposta por Spraddley (1980), e também pela narração descritiva do processo de convivência do grupo. Para análise deste processo li e reli cuidadosamente as anotações das reuniões do grupo e também as do meu diário de campo organizando os fatos de maneira seqüencial.

A técnica de Spraddley (1980) procede análise de domínios, que representam categorias de significado cultural que incluem categorias menores. Sendo assim, a estrutura de um domínio é construída por três elementos básicos: o termo coberto “*convertem*” ou domínio cultural, o termo incluído (que são as categorias menores) e a relação semântica ou de ligação entre os termos incluídos e o domínio cultural.

Para Spradley (1980) as relações semânticas atuam pelo princípio de inclusão e sua finalidade é definir os termos incluídos ou categorias menores que estão dentro de um domínio. Essas relações colocadas pelo autor são: inclusão estrita (“é um tipo de”); espacial (“é um local em”); causa - efeito (é um resultado de”); racional (“é uma razão para”); meio e fim (“é um modo de”); seqüência (“é um passo de “); atributo (“é uma atribuição/característica de”); função (“é uma parte de”); local para a ação (“é um local para”).

Desta maneira, busquei nas falas das pessoas hipertensas as informações, os significados e crenças que estavam contidos em notas e que deram origem aos domínios.

Após esta etapa realizei o segundo nível de análise, que é a taxionômica e tem a finalidade de aumentar a descoberta de relações semânticas dentro de um domínio ou, também denominadas categorias e subcategorias. Ainda nesta fase, elegem-se os domínios que contenham maior número de informações, propriedades ou temas incluídos. Para Spraddley, uma taxonomia é um grupo de categorias organizadas sobre a base de uma simples relação semântica. A taxonomia deve mostrar a relação entre todos os termos incluídos no domínio, desvendando subgrupos (níveis) desses termos e o modo pelo qual se relacionam com o todo. Neste trabalho, a análise dos dados percorreu duas etapas que foram a elaboração de domínios e a taxionômica.

4.6. AS PESSOAS DO GRUPO

Os participantes foram oito pessoas, sendo seis pessoas hipertensas que tinham presença constante e mais dois participantes flutuantes por encontro, uma auxiliar de enfermagem e uma acadêmica de enfermagem, embora alguns encontros, principalmente no início, tivesse a participação de até quinze pessoas hipertensas.

No grupo, o dado de homogeneidade partilhado por todos foi a condição crônica de hipertensão arterial e a heterogeneidade do grupo foi representada pela idade, escolaridade, renda familiar e o tempo de diagnóstico da hipertensão arterial.

Do total de participantes fixos, três eram do sexo masculino e três do sexo feminino havendo, de modo geral, entre flutuantes e fixos, predomínio do

sexo feminino. Quanto à escolaridade dos participantes, predominava o primeiro grau incompleto, com dois participantes flutuantes com o segundo grau completo e dois flutuantes analfabetos. Dois membros do grupo eram viúvos e os demais casados. O número de filhos variava de um a quatro. Todos residiam em Curitiba, provenientes da área de abrangência da Unidade de Saúde pertencente a uma Regional de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Por uma reserva ética não nomearei as atividades profissionais dos integrantes fixos e flutuantes, até porque eles pertencem à área de abrangência da Unidade de Saúde e são facilmente identificados pelas atividades que exercem. Aqueles que possuem vínculo empregatício fixo possuem renda familiar de um a cinco salários mínimos, sendo que o restante em atividades informais e não consta este dado na ficha familiar. A maioria tem diagnóstico de hipertensão arterial em média, há oito anos. O diagnóstico efetuado com maior tempo foi o de onze anos e o menor de dois anos.

A faixa etária predominante estava entre trinta e cinquenta e cinco anos, tendo o cliente mais velho sessenta e dois anos e o mais jovem vinte e nove anos.

Os participantes fixos mantiveram uma assiduidade em torno de 80%. Os flutuantes não comprometiam o trabalho, pois sempre lhes foi dada a oportunidade de se apresentarem, e era feito por mim um relato breve dos encontros anteriores. O grupo fixo aceitava sem restrições a presença dos flutuantes e lamentavam o fato de haver poucos participantes.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos acredito que a atenção da saúde deve, e em particular o trabalho com grupos, estar a cargo de profissionais com uma formação integral, que associe aos aspectos técnicos científicos os aspectos humanísticos. Esta condição é imprescindível para que se possam resolver acertadamente os conflitos éticos que se apresentam no exercício profissional. A profissão de enfermagem está sustentada pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no que se refere a direitos e deveres do enfermeiro para com o exercício de sua profissão na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida.

Tendo observado os princípios éticos para esta proposta, o meu primeiro passo foi o envio de um ofício solicitando autorização formal a uma Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Curitiba para a concessão do campo da prática, em uma Unidade de Saúde pertencente a esta Regional. O meu pedido foi bem aceito, pois em um tempo breve obtive autorização para o início das minhas atividades.

Após a fase inicial, minhas preocupações se voltaram diretamente às pessoas hipertensas, quando salientei compromissos que versavam sobre a liberdade de participar ou não da proposta, sem prejuízo à continuação da assistência recebida de rotina na Unidade de Saúde e à segurança de que não se identificariam os participantes pelos seus verdadeiros nomes.

Os aspectos éticos acima mencionados foram aqueles que inicialmente expus ao grupo, mas não significa que foram apenas estes. Muitos deles estão mais relacionados á minhas atitudes; e presentes em todas as fases de formação e

desenvolvimento do grupo narrados em todas as etapas deste trabalho, não se reduzindo apenas a este capítulo.

Nessa trajetória aprendi que é impossível apontar todos os aspectos éticos de um trabalho previamente, é quase uma atitude um tanto pretensiosa, principalmente quando desenvolvemos uma prática sustentada na vanguarda do grupo que permite participações mais espontâneas, onde nem sempre é o aspecto ético já referendado que vai aparecer e sim, aspectos inesperados. Contudo, devo salientar que o respeito, a liberdade de participação, do ritmo, da disponibilidade de cada um, bem como esclarecimento da proposta de trabalho, dos objetivos, do anonimato, foram uma constante. Entretanto, considero que todos os profissionais devem se atualizar e debater estes aspectos pois são de muita valia como sensibilizadores às questões que certamente poderão emergir.

Tenho ainda um compromisso ético que é devolver, para todos os integrantes da equipe de enfermagem da Unidade de Saúde, integrantes do grupo e comunidade as reflexões conclusivas que este trabalho propiciou.

6. ENCONTROS E DESENCONTROS

6.1 .COMIGO MESMA E COM O GRUPO

A intenção, ao descrever este tópico no desenvolvimento desta experiência, é demonstrar como me dispus a estar junto deste grupo, o quanto gostaria de ser transparente, de compreender e ser compreendida. Certamente uma parte desta intenção está materializada nos extratos e nas falas dos encontros, assim como nos momentos que, apesar de estar atenta e consciente dos meus objetivos junto ao grupo, não foram tão satisfatórios como desejaria e me propus.

Assim, optei em nomear esta fase do trabalho como encontros e desencontros. Por quê este título? Porque aqui passo a descrever os encontros, que são os aspectos facilitados, e desencontros, os desafios vividos no processo de convivência. Certamente nos desencontros aprendi muito e deles resultaram alguns encontros que, no decorrer desta caminhada, ganharam contornos tais como a maneira como exerci a liderança; a disponibilidade; uso de materiais em algumas reuniões; favorecimento da comunicação verbal e não verbal; atenção aos modos que a comunicação não verbal acontece, tais como: manifestações de dor, confusão, medo, posturas físicas, gestos, tremores, movimentos com a cabeça, dos lábios, sorrisos, palidez e lágrimas; exercitar questionamentos; trabalhar cognições, emoções, atitudes, comportamentos; reforçar sistemas de crenças positivas; criar com o grupo uma atmosfera sócio-emocional de confiança recíproca que pudessem culminar em mudanças pessoais. Assim posso dizer, resumidamente, que o que nomeei como encontros e desencontros são, na verdade, a minha sensibilidade e disposição para apreender como evoluem e

funcionam os grupos em sintonia com os objetivos propostos. Objetivos estes, que, em nenhum momento foram transformados em hipótese a ser comprovada ou não, e sim, na busca de facilitar cada etapa do processo grupal com finalidade precípua de que, a partir destes encontros, cada integrante pudesse relacionar-se solidariamente e criticamente melhor com o outro, não só no grupo de formação mas também mais tarde, nas diferentes situações de enfrentamento da vida diária.

Inicialmente gostaria de colocar pessoalmente a maneira como reflito o meu comportamento e disposição interna para conviver com o grupo. Uma vez lendo a obra de Rogers, ele dizia que a liderança do grupo será o reflexo de sua personalidade, de sua maneira de ver e sentir o mundo e as pessoas. Isto só confirmou uma certeza de que não conseguiria ser mais do que autenticamente sou com o grupo. Clarificando esta colocação direi que *sou* para o *grupo* aquilo que o *sou* para meus *amigos, colegas* de trabalho, alunos, *familiares e vizinhos*, com minhas possibilidades e limitações de ajuda. Isto tem ficado muito claro nesta experiência: tudo o que sou, a minha visão de mundo, a maneira de compreender as pessoas, carreguei comigo na convivência com o grupo.

Posso exemplificar o que acima foi mencionado dizendo que muitas características pessoais me ajudaram neste processo e outras nem tanto. Por exemplo: não tenho por característica pessoal necessidade de julgar ou tirar conclusões rápidas acerca de fatos e pessoas, bem como não sinto tanta necessidade de ficar sempre ao lado de A ou B; mesmo expondo um pensamento C, procuro refletir sobre as diferenças e não tomá-las como *interrupção da comunicação*. Em relação ao grupo, isto foi de muita valia; não ter *pressa*, não ter a necessidade de *conclusões* e interpretações apressadas, levava-me a dar mais valor quando um ou os membros do grupo colocavam sua experiência, e a experimentar com maior facilidade sentimentos de *empatia* junto ao grupo. Certamente esta característica tenderá sempre a uma liderança junto ao grupo, apoiada na possibilidade de que um indivíduo pode chegar a ver-se a si mesmo

de modo diferente, a compartilhar da experiência que outros têm dele e a vivenciar os outros através de novos modos de comunicação (Gahagan, 1976). Muitas vezes, mesmo estando certa de zonas de tensão que poderia ter explorado com algum membro do grupo, não o fazia caso o indivíduo ainda não tivesse ganho a confiança do grupo. Exemplificarei com a situação que envolvia um membro do grupo numa reunião em que se falou sobre o significado de ser hipertenso, quando cada pessoa podia optar por falar, desenhar, fazer colagens ou outra maneira que livremente gostasse de participar.

Ela passa a relatar “*Nervoso pra mim é quando tenho que viajar de ônibus; fico nervosa antes*”. Um membro muito falante em com necessidade de ser aceito individualmente a interrompe e diz *este nervoso eu não tenho porque não tenho dinheiro para viajar*. Ela prossegue, depois que o embarço passa. Colou fotos de dinheiro e explicou: *Muito e pouco dinheiro me deixa nervosa. Quando estou com fome também fico nervosa. Se viajo fico com fome logo que entro no ônibus. Dirigir me deixa nervosa sempre não consigo aprender. A violência também . Quem não tem medo de violência, briga, isto tudo me deixa nervosa, de participar aqui agora estou nervosa. Essas coisas me deixam nervosa*”. Pergunto se não está se sentindo bem. Ela responde: *Não gosto de falar*”. Compreendo sua *mensagem* verbal e principalmente a não verbal carregada de *angústia, de apelo, de sofrimento, e esforço; encontrava-se ruborizada, com sudorese*, este “*Não gosto de falar*”, foi interpretado como falar de si própria, revelar sentimentos. Não fiz mais interpelações, respeitando o seu ritmo, e a fase de desenvolvimento do grupo para não cair numa catarse desnecessária que poderia ser uma fonte de interrupção nas comunicações futuras. Acredito que o melhor é deixar ao indivíduo a direção do movimento no processo terapêutico (Rogers, 1994). Sei que muitos facilitadores de grupo poderiam explorar com sucesso conflitando esta situação, porém esta

característica não é de minha personalidade; o que ela deixou claro naquele momento para mim é que ainda não estava pronta e o fato de ter expressado esta dificuldade já era uma maneira de enfrentamento. Esta situação, dentre tantas outras reforçam que o líder ou coordenador do grupo deve saber *calar, perguntar e ter paciência*, sem *adiantar-se ao processo do grupo, inibindo-o com sua verdade*. Perceber objetivamente os momentos e as ocasiões de receptividade do outro é uma arte e, certamente, um dos maiores desafios que demandam capacidades de empatia excepcionais (Mailhiot, 1991). Mas também tem que saber opinar, dar seu ponto de vista e dar sua posição, quando for necessário e oportuno. Considerar que a comunicação verbal é a forma exclusiva de contato com o outro. A comunicação não verbal, como os gestos, as expressões faciais, as posturas, mesmo os silêncios e as ausências, no interior de certos contextos, podem tornar-se significativos e carregados de mensagens para o outro. Estar atento a todos os instrumentos que permitam ou favoreçam o contato com o outro. Efetivamente respeitando o ritmo e o processo de grupo, o coordenador se compromete e toma parte dinâmica do grupo e seu processo.

Às vezes tive comportamentos que conscientemente sei que não facilitaram e que chamo de desencontros, como, por exemplo, durante um encontro em que se discutia sobre a dieta, também fiz uma colagem em cartolina sobre hábitos alimentares em que privilegiei apenas os aspectos positivos, e a após a minha exposição percebi que nada acrescentou ou contribuiu para o grupo, foi como se ecoasse como um conselho, uma demonstração. Outra área em que exercito habilidade é a de lidar com o silêncio, e sei que tenho conseguido progressos. Hoje o exploro mais terapêuticamente, o que significa dizer que ele é quebrado caso esteja causando tensão ou sofrimento, caso contrário, fico recordando de uma frase que li uma vez sobre comunicação cujo autor, não me recordo, que dizia”:

“O silêncio não deve ser quebrado se não houver algo de valor a ser dito”.
Ou seja, o silêncio fala por si.

Uma experiência que, conscientemente, achava que não poderia acontecer por tê-la vivenciado em outros momentos profissionais, ocorreu no início da formação do grupo no que se refere a maneiras de explorar temas de interesse do grupo. Lembro-me de que ofereci material para um grupo da manhã já no primeiro encontro para que expressasse o que representava para eles ser hipertenso, eles deveriam desenhar, escrever ou fazer colagens. A maioria do grupo expressou suas crenças através desta atividade considerada lúdica mas que, dependendo da forma como é proposta e da heterogeneidade do grupo, pode perder sua ludicidade. Percebi que falhara quando três membros do grupo analfabetos demonstravam calados e em suas faces expressões de sofrimento “eu tenho pouco estudo, esqueci os óculos, eu nunca desenhei, eu também tenho pouco estudo”. Deste episódio ficou a certeza de que deveria estar cada vez mais atenta a minha percepção e intuição, o que certamente me levaria a atingir os objetivos a que me tinham levado a este grupo. Esta situação mostrou-me que a despeito do que sempre acreditei, eu tinha avançado as minhas próprias crenças e conhecimento a respeito da evolução do grupo. Creio que estes retrocessos (fracassos, riscos) que descrevo nesta trajetória, juntamente com os aspectos positivos fazem parte da minha própria aceitação como ser humano, falível, mas nunca ingênuo para enfrentar esta experiência de maneira direta estando atenta ao que coloca Zimmerman, (1993), quando alerta como condição indispensável para o perfil e função do profissional que atua junto a grupos de um tripé composto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Seis meses depois quando encontrei um membro do grupo e ele me falou “Sabe por que alguns não foram mais ao salão”? Embora já soubesse, disse-lhe: Fale. Ao que ele respondeu: É que eles não sabiam ler, escrever, desenhar, e já

estavam velhos para fazer estas tarefas". Embora eu não os considerasse velhos, a palavra tarefa já tinha todo o significado de que precisava para confirmar que falhei. Neste episódio aprendi que a proposição de diversos tipos de materiais, jogos etc, assim como os temas, devem ter uma seqüência sustentada na vanguarda do grupo e nunca fixados apenas em si mesmos ou pelo objetivo que se pretende. O que pode parecer lúdico para mim pode ser fonte de ansiedade para o outro, como aconteceu com o grupo naquele dado momento.

Embora tenha "deslizado" em alguns momentos da dimensão educativa proposta, procedi em relação ao grupo respeitando a fase e o clima do mesmo, procurei estar atenta ao que estava acontecendo ao grupo como um todo e, especificamente quando um membro do grupo se expressava, procurei ouvi-lo o mais atentamente possível para que ele soubesse o quanto estava interessada e atenta ao que ele desejava comunicar. Esforcei-me para criar um clima de acolhimento para que ele percebesse que, independentemente de ser a sua expressão de hostilidade, pessoal, superficial, estava disponível para ouvi-lo e apoiá-lo se naquele momento ele se sentisse assustado, ferido ou agredido. Acredito que isto possibilitou a construção da objetivação de si, num processo interativo que favoreceu um clima de atualização para os demais membros do grupo e que, certamente, a mim também tem beneficiado.

Muitas foram as leituras e reflexões durante o processo de vivência que me fizeram transpor os desencontros em verdadeiros encontros. As leituras, o aprofundamento e o exercitar *atitudes* consideradas fundamentais para o processo de facilitação estão intimamente relacionadas ao quanto consegui objetivamente construir com o grupo. Assim passo a descrever estes conceitos que me ajudaram a interagir com o grupo.

6.2. CONCEITOS VIVIDOS QUE FACILITARAM A CONVIVÊNCIA DO GRUPO

O processo de formação em dinâmica dos grupos proporciona ao facilitador e a todos os participantes uma ajuda no sentido de *decentrá-lo de si mesmo* e levá-lo em relação ao outro, levando-o a se liberar das fixações ou de seu *egocentrismo*, para preparar nele o aprendizado do *alocentrismo*. Estas aprendizagens dependem, em parte, da competência dos profissionais responsáveis pela experiência. Não dependem menos dos recursos psíquicos de cada participante, de seus níveis de aspiração, de suas expectativas, de seu grau de motivação; isto é, de seu desejo de se questionar no plano interpessoal e de se abrir para as relações autênticas com o outro (Mailhiot, 1992).

Muitos são os autores que referendam as *atitudes* tidas como fundamentais para uma liderança ou facilitação funcional na formação de grupos. Para Mailhiot, 1992, elas são; *a objetivação de si, objetivar-se em relação ao outro, congruência, aceitação incondicional do outro*. Rogers, 1992, coloca três condições como facilitadoras do crescimento psicológico; *congruência, consideração positiva incondicional, compreensão empática*. Para este autor estas atitudes são as principais responsáveis pela modificação terapêutica, mais do que o conhecimento e a capacidade técnica do terapeuta, líder ou facilitador.

Para Zimerman (1993), o perfil e a função do responsável por um grupo deve ser: *gostar de grupos, capacidade de ser continente, capacidade de empatia, capacidade de intuição, capacidade de discriminação, senso de ética, modelo de identificação, respeito, capacidade de comunicação, senso de humor, capacidade em extrair o denominador da tensão do grupo, capacidade de síntese*.

Durante o processo de vivência no grupo, encontrei-me com três conceitos, a saber: *congruência, consideração positiva incondicional e*

empatia. Descobri que estes conceitos têm sido fundamentais na minha prática profissional e na vida pessoal, familiar e com amigos, e que agora também o seriam na convivência com o grupo e era o momento de aprofundá-los como nunca os havia feito antes, pois eles sempre figuraram fortemente como requisito a ser buscado e ser construído na efetivação das relações interpessoais autênticas.

A *congruência* relacionada ao facilitador do grupo significa dizer que ele deve ser na relação exatamente aquilo que é, não uma fachada, uma máscara, um papel ou uma ficção. Rogers(1991) recorre ao termo congruência para designar esse afrontamento adequado da experiência, realizada conscientemente.

Este autor refere que, apesar da real complexidade deste conceito de congruência, todos nós a reconhecemos de modo intuitivo e natural nos indivíduos com que tratamos. Reconhecemos num indivíduo que ele não pretende dizer apenas aquilo que diz, mas que os seus sentimentos mais profundos se revelam através daquilo que está expressando. Consequentemente, quando o indivíduo está irritado ou é afetuoso, quando está envergonhado ou entusiasmado, nós sentimos que ele é a mesma pessoa em todos os níveis, no que está experienciando ao nível organísmico, ao nível da consciência e nas suas palavras e comunicações.

Segundo Rogers (1991) ninguém realiza plenamente esta condição e, portanto, quanto mais o líder ou facilitador souber ouvir e aceitar o que se passa em si mesmo, quanto mais ele for capaz de assumir a complexidade dos seus sentimentos, sem receio, maior será o grau de congruência. Quanto mais autêntica e congruente for a relação do líder com os membros do grupo, maior possibilidades de que ocorra a transformação destes indivíduos.

Acredito firmemente de que a possível transformação pessoal é facilitada quando a pessoa do facilitador do grupo adquire a plena consciência e exerce esta condição sendo aquilo que é, quando suas relações são autênticas e sem

máscaras nem fachada, exprimindo abertamente os sentimentos e as atitudes que está sentido nos momentos em que eles ocorrem.

Para Mailhiot (1991) a congruência existe quando há consonância entre a expressão de si e seu eu autêntico. O outro pode então sentir e experimentar confiança e convidado a dar provas do mesmo grau de liberdade e a mostrar-se por sua vez acessível. A comunicação humana tem possibilidade assim de tornar-se cada vez mais adequada, porque evolui e progride entre dois seres desejosos de se mostrarem translúcidos um ao outro.

Congruência segundo este autor, é quando aqueles que estão em comunicações conosco conseguem perceber, para além de nosso eu do momento, nosso eu autêntico, isto é, quando independentemente dos papéis sociais que representamos diante das pessoas, elas podem alcançar nossa personalidade profunda como aspirações, potencialidades, atualizações presentes, destino e mistério pessoais. Aquilo que lhe comunicamos, então, adquire toda plena significação para ele, que pode perceber exatamente em que e porque o que lhe é dito é uma expressão de nosso eu.

Assim, a atitude de congruência foi fundamental desde a formação do grupo, pois significava a minha capacidade de ouvir e aceitar o que se passava e passa comigo mesmo, livrar-me de falsas defesas. Só a partir do momento que exerci esta atitude comigo mesma, de maneira consciente, é que pude estendê-la ao grupo como um prolongamento advindo da minha experiência. Numa reunião na fase de formação do grupo, um integrante tentava convencer os demais que quando se está nervoso, não adianta brigar e reclamar que a educação e a contenção de sentimentos é o mais importante; alguns concordavam com ele e outros mantinham-se calados. Fui solicitada por um membro do grupo a expressar a minha opinião e não me neguei. Expressei naquele momento a maneira como encaro esta situação de uma forma que ele pudesse entender que

respeitava a sua opinião, mas que havia muitas possibilidades além da sua e da minha.

Quando um facilitador está experienciando uma atitude calorosa, positiva e de aceitação para aquilo que está nos integrantes do grupo ou cliente, isso facilita a mudança. Isto implica que o facilitador esteja realmente pronto a aceitar o cliente como pessoa, seja o que for que está sentindo no momento, medo, confusão, desgosto, orgulho, ódio, amor, coragem, admiração. Isto quer dizer que o líder se preocupa com o cliente ou grupo de uma forma não possessiva, que o aprecia mais na sua totalidade do que uma forma condicional, que não se contenta em acusar simplesmente o indivíduo quando este segue determinados caminhos, bem como desaprová-lo quando segue outros. Trata-se de um sentimento positivo que se exterioriza sem reservas e sem apreciações. A expressão então utilizada por Rogers (1991) para designar a situação acima foi *“consideração positiva incondicional”*

Quando se é sensível aos sentimentos e às reações pessoais que o indivíduo experimenta a cada momento, quando pode apreendê-los “de dentro” tal como o indivíduo os vê, e quando consegue comunicar com êxito alguma coisa dessa compreensão ao indivíduo, então pode-se dizer que há a *compreensão empática* (Rogers, 1991).

Este autor julga que todos nós temos a consciência de que este tipo de compreensão é extremamente rara. Nem nós a temos nem somos objeto dessa compreensão com muita frequência. Recorremos a outro tipo de compreensão, que é muito diferente. “Eu compreendo o seu problema”; Eu compreendo o que o levou a agir desta maneira”; ou então: Eu também passei por esse problema e reagi de modo diferente; estes são os tipos de comunicação que estamos habituados a dar e receber, uma compreensão que julga do exterior. Mas quando alguém compreende como sinto e como sou, sem querer me analisar ou julgar, nesse clima, posso desabrochar e crescer.

Em sua obra Rogers (1994) diz que se o facilitador é capaz de apreender o que o indivíduo está experienciando, momento a momento, em seu mundo interior, como este o sente e o vê, sem que a sua própria identidade se dissolva nesse processo de empatia, então a mudança pode ocorrer.

Um referencial que pude vivenciar com o grupo com muita disponibilidade interna foi a compreensão empática. Esta atitude é uma das que mais me desafiam e a tomo com uma das mais complexas. Por que complexa? ela pressupõe que eu esteja certa quanto aos sentimentos e do que exatamente o indivíduo pretende dizer, o que está experienciando e o que deseja objetivamente ou subjetivamente demonstrar. Por exemplo, uma integrante do grupo conta como está sofrendo com a provável separação do filho e da nora, com a possibilidade desta ir embora com o neto que ela ajudou a criar (pois moraram com ela por três anos e ainda hoje moram no mesmo terreno); diz que tem chorado muito. Ouço com atenção a todos os detalhes e pormenores, mas sei, que o seu maior enfrentamento será a separação do neto e a possibilidade concreta da solidão. Sei então que a superação deste sofrimento vai, inevitavelmente, caminhar nesta dimensão e a mim cabe ajudá-la a encontrar o significado que esta situação tem para ela.

Citarei trechos extraídos da sua longa fala que demonstraram o seu real sofrimento.

Falei para ela ter paciência, não quero que o casamento deles se acabe pelo meu neto. E se acabar eu não fico sem meu neto, ele tem sete anos e foi criado junto comigo. Pela manhã no domingo eles vem tomar café em casa . O almoço fazemos juntos. Se ele for embora leva meu neto. Tenho falado com minha nora, tenho medo que ela faça uma besteira, esses dias ela falou que tinha vontade de se jogar embaixo de um carro com meu neto.

Sempre, no relacionamento com grupos, quer com crianças internadas e seus pais ou mesmo na liderança da equipe de enfermagem, eu considerava a

capacidade empática como instrumento fundamental para o estabelecimento efetivo da comunicação interpessoal. Fonseca (1988) coloca que a empatia é um dos componentes fundamentais do desempenho de um indivíduo na facilitação de grupos, qualquer que seja o seu referencial teórico-metodológico.

Buscar a compreensão do significado exato daquilo que os integrantes do grupo estão comunicando é o meu desafio maior junto ao grupo. Este desafio, para Rogers (1991), é experimentar uma compreensão aguda e empática do mundo do cliente como se fosse o seu próprio mundo. Sentir a angústia, o receio ou a confusão do cliente como se de sentimentos seus se tratasse e, no entanto, sem que essa angústia, esse receio ou essa confusão o venham afetar, tal é a condição que Rogers descreve. Sendo assim, esta capacidade implica, em que, por exemplo, sentir a dor ou o prazer do outro como ele o sente, em que se perceba a sua causa como ele a percebe, sem jamais esquecer de que estão relacionados às experiências e percepções de outra pessoa. Se esta última condição está ausente, ou deixa de atuar, não se tratará mais de empatia, mas de identificação. A empatia é mais que a simpatia. A simpatia permite ao ser humano dividir as penas e as alegrias que já experimentou ou sentiu. A capacidade de presença ao outro limita-se então, neste caso, àqueles que vivem o que ele já experimentou por sua própria conta. Ao contrário, a empatia comporta uma evolução mais profunda, mais avançada de seu altruísmo. Ela exige que o ser humano tenha se tornado capaz de colocar-se totalmente no lugar do outro, seja ele quem for. Para além do que os outros dizem, ele tornou-se capaz, por empatia, de pensar o que eles pensam, de sentir o que eles sentem, adequadamente, integralmente (Mailhiot, 1991).

A empatia, portanto, é estar mais do que disponível para o grupo, é aceitar a diferença do outro como possibilidade da minha diferença sem que isto seja barreira para a comunicação; pelo contrário, o relevante é compreender o significado exato daquilo que a pessoa está revelando; não é, certamente

entusiasmo, pela diferença: é uma abertura incondicional para buscar a compreensão das diferentes posições dos membros do grupo, é alargar as possibilidades num clima grupal para as diferenças, caso elas estejam presentes.

Nestes encontros e desencontros, minha posição é sempre apoiadora, compreensiva e de aceitação incondicional, pois acredito ser fundamental para que o indivíduo possa se despir de falsas defesas que utilizou para enfrentar a vida. A consciência clara disto só me anima e desafia, pois :

“a vida, no que tem de melhor, é um processo que flui, que se altera e onde nada está fixado. A vida é sempre um processo de devir (ROGERS, 1991).

7. O PROCESSO DE CONVIVÊNCIA

Considero tarefa difícil descrever um processo de um grupo, dado sua complexidade pois, inevitavelmente, muitos aspectos desta *totalidade dinâmica deixarão de ser considerados*. O que se segue, portanto, são tentativas de descrever da melhor maneira possível algumas etapas, que o grupo percorreu.

As descrições correm risco de sofrer, inevitavelmente, da seletividade perceptiva do estudioso do fenômeno, ou seja, de suas tendências subjetivas (e preconceitos) na escolha dos elementos julgados representativos (Moscovici, 1987).

Passo, então, a descrever o processo de convivência, quando procuro incluir as suas várias dimensões para permitir a reflexão mais profunda do como e em que circunstâncias ele se deu, quanto consegui objetivamente concretizar acerca da condução, facilitação dos encontros de acordo com a dimensão educativa que me propus junto ao grupo, bem como desenvolver atitudes já descritas e consideradas fundamentais, incluindo aqui também as dificuldades.

Tornar-se um grupo é um processo complexo, trabalhoso e, também, demorado. Neste caso específico foi ultrapassar o desafio de transformar agrupamentos em grupos verdadeiros. Aqui é necessário conhecer o outro e dar-se a conhecer e, por que não, possibilitar às pessoas a oportunidade de redescobrir-se?

Nos diversos momentos deste processo de deixar-se conhecer e conhecer o outro, o grupo percorreu caminhos e descaminhos até tornar-se verdadeiramente grupo. Estes caminhos, os nomeei como fases ou momentos a saber: *ver para crer, a convivência e novos rumos*. Neste momento passo a relatar cada uma delas.

7.1. VER PARA CRER

Eu chegava sempre às 17:30 hs para a arrumação do salão, abria as janelas e cortinas e reunia as cadeiras em círculo num canto do salão, pois o mesmo era muito grande (com capacidade para cem pessoas). A arrumação propiciava um clima mais aconchegante afinal as dimensões do salão eram desfavoráveis, colocava uma música suave para quebrar a monotonia. Durante o inverno o salão era muito frio e, no verão, muito abafado pelo fato das janelas serem muito pequenas.

A minha disponibilidade, a minha presença e os sentimento que me orientavam para interagir com este grupo a cada encontro, era de que ele se organizasse a partir das influências de sua própria multiplicidade existencial. Que os aspectos da atualidade existencial de cada um, criasse um caminho orgânico, a partir de critérios próprios de suas motivações e interesses. Sabia também que para tal eu tinha uma grande parcela à contribuir, no que diz respeito a criar um clima de segurança e favorecer a liberdade de expressão.

Nos primeiros encontros percebia que o grupo aguardava uma pauta, e o fato de ela não existir os incomodava, criando sentimentos de frustração, conversas paralelas e superficiais que evitavam tocar no ponto do porquê estávamos reunidos. Embora os objetivos já tivessem sido anunciados de maneira geral, as especificidades, em torno da condição crônica da hipertensão arterial, deveriam ser dadas de acordo com as percepções de necessidades individuais e grupais. As conversas eram superficiais, a maioria ficava tensa segurando seus objetos pessoais, as conversas eram paralelas e se faziam imediatamente subgrupos de duplas e trios, mostravam-se muitas vezes retraídos e até um pouco desconfiados, com pouca espontaneidade. Muitas vezes, mesmo consciente desta etapa, tentei compensá-la conduzindo a discussão, o que não levou a lugar nenhum; muito pelo contrário, reduziu-a um interrogatório vertical.

Detectada a falha, modificava meu comportamento lamentando estes acontecimentos como retardadores da evolução do grupo.

O fato de não existir uma pauta, conforme já referenciado, incomodava o grupo, originando silêncio e tensões; e quanto a mim, como isto me afetava? Eu diria que também participava desta tensão, pois não tinha mais a fachada de saber tudo, de manter o controle sobre o conhecimento transmitido, depositário. Este processo não é apresentado como algo externo, ele depende de uma espécie de treino de observação. Apoiada em Migliori (1993), eu diria que é necessário o treino e a observação da nossa realidade interna e da efetiva realização da nossa atuação: não basta ser, é preciso exercer.

Frente a estes momentos de tensão, em alguns encontros iniciais utilizei algumas brincadeiras para facilitar a descontração (o que alguns autores chamam de técnicas de descongelamento). Para estas técnicas eles tinham que guardar seus pertences num armário, ficar em pé, muitas vezes caminhar e isto os levava a descontração. Recordo-me de que, num dos encontros, eles apreciaram muito a brincadeira dos caramelos; ela provocou movimentação, risos e conseqüentemente, a descontração. Fonseca (1988) refere-se a esta fase inicial como pré-grupo, quando as relações são apenas biunívocas entre os facilitadores e os participantes individualmente; complexificam-se com o encontro simultâneo desses no interior do conjunto grupal. Em um dos encontros o próprio grupo iniciou as apresentações, moro na rua tal, sou teu vizinho, moro atrás do colégio tal, etc.

*Você é enfermeira. Qual a diferença de enfermeiros e paramédicos?
Você pretende mudar comportamentos?
É aula ou palestra?*

Mesmo racionalmente sabendo que nesta fase as tensões são esperadas e podem ser exploradas positivamente, eu também vivia com o grupo estes

momentos de tensão por esta nova maneira de trabalhar a educação em saúde. Rezende (1990) fala do desafio de um pesquisador ou de uma pessoa ou grupo que se deseja fazer conhecer, da necessidade de ser hábil sem ser ardiloso. Hábil para as primeiras aproximações, sabendo que é preciso atenuar as distâncias; ser paciente sem ser paternalista; fazer-se aceito pelo grupo sem ser um deles; demonstrar claramente o que se espera do grupo.

É comum neste estágio o grupo percorrer ao mesmo tempo uma fase de introdução formal seguida de uma outra de relações sociais mais superficiais. Este tipo de comunicação é uma tentativa, geralmente inconsciente, de descobrir semelhanças e de começar a desenvolver uma aceitação ou coesividade de grupo. Em geral as pessoas sentem-se mais à vontade e mais dispostas a compartilhar quando percebem que possuem alguma coisa em comum com outros membros do grupo. Consequentemente, esta tarefa é importante para o futuro funcionamento do grupo (Atkinson, 1985).

Na obra de Lewin, apud Mailhiot (1991), ele fala que o responsável pelo grupo deve saber reconhecer que esta fase responde às necessidades fundamentais dos membros. Eles não se engajarão na tarefa senão a partir do momento em que se sentirem plenamente aceitos. O líder não deve frear ou acelerar esta fase, mas sensibilizar os membros do seu grupo quanto ao partido que podem tirar destas primeiras confrontações, objetivando-se uns em relação aos outros. Conhecendo-se melhor e aceitando-se reciprocamente, eles têm oportunidade de descobrir os recursos de cada um em função do que irão realizar eventualmente juntos.

Nesta fase inicial estava muito presente a confusão, a frustração entre o membros do grupo. Um participante deixou de comparecer aos encontros e embora, não explicitasse verbalmente, não compareceu porque não suportou a longa fase de inclusão de um participante egocêntrico. A sua expressão não verbal me cobrava incessantemente uma providência para que este membro se

calasse. Eu procurava criar aberturas para ambos mas elas não foram suficientes, e nem captadas. O primeiro não aceitava, nem tolerava as diferenças e a necessidade acentuada de falar sobre si, que este integrante mantinha nos encontros; seu autoritarismo foi atingido pela fobia do outro. O segundo estava sempre falando sobre si mesmo. É difícil mensurar a duração desta fase, ela durará o tempo necessário para que os membros se aceitem como indivíduos. Esta, certamente, é a primeira fase ou tarefa de um grupo que nada mais é do que a aceitação mútua. Este episódio, como outros percorridos com o grupo, fazia-me pensar que a sua ocorrência se deu pelos espaços criados pela dimensão da proposta. Na forma tradicional de trabalhar a educação em saúde certamente ela não implicaria em conflitos e tensões, pois nega o diálogo e a situação concreta presente das pessoas. Reconheço é claro, que esta fase muito me consumiu no sentido de reflexões e, às vezes, me sentia dando um passo a frente e dois para trás. Entretanto uma certeza me acompanhava nestes períodos confusos: era a de que todos estes momentos de tensão, gerados por esta proposta, era o próprio potencial e desafio desencadeador da transformação. A criatividade e o enfrentamento advinham, justamente, destes momentos de tensão que a abordagem tradicional nega.

Migliori (1993), quando se refere a paradigmas e educação, diz que quando as tensões da mudança de um paradigma passam a nos incomodar muito, em vez de lidar com elas, preferimos ignorá-las, rejeitá-las. E a rejeição passa a ser a alternativa à transformação: “Acabamos por negar aquilo que estamos cansados de saber. É o bloqueio.” Embora muitas vezes tenha estado em sofrimento com estas tensões, elas não chegaram a ser bloqueios e, apoiada nas idéias da autora, eu diria que percorri caminhos não previstos, a levantar hipóteses não formuladas, a sentir o que nunca havia sentido, a pensar o que antes era improvável. Em muitas situações o grupo me testou, quiseram também saber o que eu pensava acerca do que revelavam e em relação a mim mesma.

Num encontro, por exemplo, em que se discutiam os possíveis nexos do nervoso e a hipertensão arterial onde cada participante colocava o que o incomodava, um participante perguntou: “E você, o que lhe deixa nervosa?” Respondi segundo aquilo que sentia naquele momento, o que tinha me incomodado naquela semana, naquele dia, com a preocupação apenas de ser sincera autêntica:

Eu: Falta de paciência no trânsito, desrespeito com as pessoas, nas filas das lojas e bancos.

Tatiana: o que você faz para enfrentar isto?

Eu: Abrindo mais a boca, falando mais.

Valter: Mas ficar brigando vai resolver?

Eu: Não brigo, mas procuro falar, não deixar passar em branco.

E na seqüência as falas foram se multiplicando.

Antonio: Nestas catracas de ônibus deixa a gente louco, o pessoal não vai para a frente, não dá lugar para mulher, velhos e criancinhas. Domingo, às cinco horas da manhã, eu estava esperando no ponto de ônibus e passaram três mal encarados; acho que eram marginais. Eu pensei: se correr me pegam. Fiquei ali, eles disseram: bom dia, tio? eu respondi bom dia, mas tremia acho que a pressão foi a 180.

Retomando as várias situações desta fase com o grupo, ilustrarei com um exemplo em que ficaram explicitadas as necessidades exacerbadas de alguns de inclusão, mistura de sentimentos e diferentes necessidades, quando falavam acerca do significado de ser hipertenso. Muito pouco os integrantes se colocaram nesta fase inicial, falavam de seus sentimentos como se fossem fatos ou situações que não dizem respeito a si mesmo.

Não trouxe os óculos, fui colocando figuras separei o que acho bonito, flores, não pensei em nada.

Alimentos não são obstáculo, basta saber usá-los com conhecimento. O prazer não deve ser atingido por esse momento.

Ser hipertenso é como andar em uma avenida de sentido de mão dupla, com muitas transversais. Mas mesmo com pontos e

cruzamentos perigosos. Existe a busca de conhecê-la tirando dos piores pontos a grande experiência da travessia. Não buscar a vivência da doença, mas o aprendizado do momento que o conhecimento da superação do existir nos proporciona.

Ser hipertenso acho eu, não é uma vida fácil. Passa uma vida controlada que, tudo aconteceu por falta de instrução, muito trabalho sem limites, sem horário de alimentação, falta de descanso, muitas vezes trabalhando em serviços muito pesado. Também as vezes bebida alcóolica, cigarro.

O nervoso acaba com tudo.

As pessoas no supermercado não conseguem comprar o que é preciso.

O nervoso traz a doença.

Assim ia percorrendo com o grupo um processo que é um *continuum*. No período inicial, conforme já comentado, aparecem muitas ansiedades, incertezas no membros do grupo. Esta incerteza se revela nos comportamentos e expressões do grupo. Enquanto muitos se mantêm numa posição defensiva, expressando apenas situações exteriores que não exigem confrontações, em detrimento de sentimentos íntimos, alguns revelam fatos bastante pessoais, causando atitudes de ambigüidade na maioria das pessoas do grupo que ainda não haviam atingido este estágio. Aqueles que não estavam nesta fase vivem esta situação de uma maneira dual; sentindo-se encorajados para expressar no presente ou no futuro sentimentos mais íntimos ou, não estando preparados e receptivos a estas demonstrações. Nesta fase, muitos ainda se limitam a ouvir o que o outro diz, pouco se coloca em relação à fala do outro e há, ainda, aqueles que não conseguem perceber o outro. Mailhiot (1991) refere-se a esta fase como individualista, em que os indivíduos têm tendência, no início e por um certo tempo, a querer se afirmar como indivíduos. Recordo-me de que num dos primeiros encontros em que a discussão era a que eles *atribuíam o aumento de sua pressão*, os sentimentos e pensamentos acerca do que estava sendo explorado caracterizavam bem esta situação. Alguns membros disseram que não sabiam

ou não tinham certeza a que atribuíam a hipertensão e uma participante que falava acerca de si mesma, desde a apresentação inicial, disse:

Como não sabe, você não briga com a mulher, com o marido? o que te aborrece? você não tem problemas em casa? com a família? A pressão sobe porque sou casada com um alcoólatra; ele é um homem duro; nossos gênios não combinam; se eu falo que é pau ele fala que é pedra; não tem jeito mesmo; eu cuido dele, respeito, mas é cada um para seu lado; não posso ter a pressão boa se não durmo à noite, gostaria de ter isto (se referia a uma figura de um casal abraçados e com as mãos entrelaçadas), mas isto eu não tenho; quando estou com a pressão alta me enfio na terra como bicho, lenço na cabeça, fico plantando sem parar, virando a terra; dou verduras para os meus filhos e vizinhos.

A sua exploração pessoal e a maneira como iniciou a comunicação com o grupo, neste encontro, gerou em alguns um aumento de tensão, em outros parece, até que serviu de incentivo para explorar sentimentos íntimos.

Continuando este processo com o grupo o diálogo, progressivamente, crescia, assim como a participação. Havia muitas maneiras de participação. Senti muita necessidade de aprofundar e buscar leituras sobre comunicação, principalmente a comunicação não-verbal, fundamental para a facilitação. Muitos integrantes participavam expressando-se muito pouco verbalmente, mas davam sinais evidentes de participação não-verbal.

Sem dúvida um aprendizado significativo que o grupo me ensinou a ter foi aceitar diferentes maneiras através das quais o indivíduo quer participar; ele pode se expressar pouco verbalmente, mas a minha avaliação não se restringe pelo que ele verbalizou, se ele é silencioso e esta maneira de participar não demonstra sofrimento, tensão e ansiedade, ele terá meu apoio incondicional, aceito o seu silêncio como passageiro ou provisório. Esta aprendizagem tem a ver com a comunicação não-verbal, ela só pode ser entendida a partir daí. Recordo-me de que pessoalmente algumas vezes participei de oficinas de vivências como

membro de um grupo; em muitas situações expressei-me pouco verbalmente, mas aprendi, solidarizei-me, emocionei-me, refleti muito com situações em que as pessoas verbalizaram, e com tantas outras formas de interação não verbal.

Aceitei o grupo desde o início da sua formação, confiei muito no ritmo e curso que ele mesmo deveria imprimir no seu desenvolvimento. Entretanto no início da proposta flagrei-me muitas vezes tentando adiantar a fase do grupo em função de objetivos. Isto não levou a nada, pelo contrário, trouxe confusão e estagnação ao grupo. Quando isto aconteceu lembrei-me de um texto de Rogers quando ele fala: “A maneira como sirvo de facilitador é importante na vida do grupo, mas o processo de grupo é muito mais importante do que do que as minhas afirmações ou meu comportamento e desenrolar-se-á se não o contrariar”.

Aceitar o grupo e respeitar o seu ritmo não significa se eximir de qualquer responsabilidade junto ao grupo, deixá-lo à deriva, significa, sim, criar um clima de facilitação para que ele ganhe existência. Cada grupo possui um ritmo, e portanto, terá fases diferentes. Posso até predizer alguns movimentos que o grupo realiza nestas fases, mas aceitar o grupo é deixar que estas fases aconteçam de acordo com suas necessidades sem forçá-lo a um ritmo cronológico linear.

Se respeito os fluxos do processo grupal, aceito obviamente os níveis de participação que cada integrante possa ter, ou seja, as diversas maneiras de participação.

Havia também a participação das pessoas flutuantes que sempre eram bem aceitas pelo grupo. Eu sempre me apresentava, e solicitava que ele também se apresentasse bem como os participantes fixos. Abaixo transcrevo um extrato que demonstra como estas participações eram positivas:

Meu nome é Marcia, estou com a pressão alta, também não é para menos meu marido está trabalhando fora tenho que ser tudo o homem da casa e sair para o trabalho é ir ao banco, sou muito nervosa, é fogo ter de fazer tudo sozinha.

Não sabia do grupo, sabia mas é difícil poder ficar. Acho bom deve relaxar.

No final desta fase inicial descrita, em que estiveram fortemente expressos sentimentos de ambivalência entre explorar ou não sentimentos pessoais, e predominaram as resistências e desconfiança, colocações de si como fatos exteriores, o grupo começou a demonstrar um movimento mais significativo. Surgiam ainda, nitidamente, subgrupos ligados a sentimentos de exclusão e que se ligam aos que experimentam as mesmas emoções. Aqui é fundamental a presença do líder ou facilitador para o maior desafio junto a um grupo, que é a criação de um clima propício para o desenvolvimento da *autenticidade*, para que se possa vivenciar plenamente as *atitudes de congruência, consideração positiva incondicional e a compreensão empática* para integração dos membros do grupo.

7.2. A CONVIVÊNCIA

Os integrantes cada qual de maneira peculiar começaram a se sentir aceitos através de suas experiências e pelas dos outros integrantes. Por exemplo, percebem que expressar sentimentos pessoais não significa, necessariamente, um risco neste grupo e então cada um no seu ritmo começa a se arriscar mais nesta experiência. Poderia-se dizer que é a fase da confiança mútua.

Nesta fase já existia uma certa perda do egocentrismo, ao mesmo tempo que os integrantes se arriscavam mais na demonstração de fatos com conotação pessoal. Começaram a perceber a experiência do outro. Estavam mais tranquilos em relação à existência e à dinâmica dos encontros. Só a partir deste momento é que os integrantes do grupo estavam empenhados a cooperar.

Esta fase é alcançada através da confiança entre os componentes do grupo e poderíamos resumi-la da seguinte maneira: o grupo percebe que pode ser compreendido pelo facilitador e pelos demais integrantes acerca de sentimentos pessoais, tanto dos aspectos negativos quanto dos positivos.

No decorrer da caminhada, o grupo deixou de revelar sentimentos relacionados a sua condição como se fossem externos a si próprio e, pouco a pouco, de acordo com o seu desenvolvimento e engajamento, foi estabelecendo nexos entre a sua condição de vida e a de ser hipertenso, bem como as possibilidades e dificuldades concretas de transcendê-las conforme as falas abaixo demonstram:

Meire C.: Nervoso é as coisas que a gente pensa de um jeito e não dá certo, sabe quando não dá jeito. Dá um nervoso, amarra o peito, peito, fiz exame do coração sentia dor no coração. Fiquei viúva em abril, meu marido, faltava três anos para se aposentar, ele caiu morto no terreiro da firma. Eles me prometeram uma casa para morar, eu moro de aluguel. Eu vou lá eles mandam voltar, agora mandaram eu comprar um terreno e eles fazem a casa.

Esta coisa no peito de ter agora que resolver as coisas sozinhas.

Antônio: a gente que é hipertenso fica nervoso por qualquer momento por exemplo vai passar numa catraia de ônibus ,fica aquele tumulto de gente na frente ,pede licença ninguém respeita os mais velhos não sai da frente. Hoje estou muito aborrecido porque o meu candidato do Pt perdeu as eleições . Porque a fé minha era o melhor para todos nós brasileiros que lutamos dia a dia e não vemos futuro, nós queremos ver futuro para nossas crianças e de terceira idade e os velhinhos que alguns estão até nos asilos porque não têm onde morar. E têm uns morando na rua porque não têm vaga nos asilos. Só que não é só eu que estou aborrecido como milhares de cidadão de brasileiros como nós.

Valter: Não que eu justifique um estado de nervos. Embora eu acredite que este estado de nervos faça parte de conhecer-se um pouco mais e algo sobre educação. Não suporto crianças mau educadas, ouvir palavrão, discussão. A preocupação na entrega de meu serviço, pois sou autônomo ,sou estofador e neste serviço incluí transporte inclusive, a aceitação, o gosto pelo serviço, do cliente. Com estará a pessoa que vai receber a mercadoria . Eu sou exigente sei que sou um pouco chato.

Isto, porém, não significa que este estágio está isento de conflitos. Muitas vezes a revelação da maneira como lida com os fatores que considera estressantes pode suscitar hostilidades frente a posições diferentes, cabendo então ao facilitador, através das *atitudes*, explorar e facilitar o ponto de conflito de modo a transformá-lo em desenvolvimento e coesão do grupo.

A dificuldade que senti de sair do modelo tradicional surgiu em diversas situações. Mencionei uma em especial, na qual eu escorreguei da abordagem proposta. Recordo-me de que nos primeiros encontros, dois ou três participantes colocaram questões que envolviam a dieta, como se segue:

O que me incomoda é a artrite a dor que estou sentindo A hipertensão não é problema, como churrasco gordo, lingüiçada, só não bebo

Minha pressão é alta, mas eu não sinto nada e faço de tudo, como de tudo

Hipertensão não é problema, não sinto nada

Estas colocações não puderam ser exploradas imediatamente pois já se esgotara o tempo do encontro. Então resolvi levar para o próximo encontro material (figuras de alimentos como verduras, carnes, peixes, bebidas, etc) para explorá-lo. Para minha surpresa os dois integrantes faltaram. E mesmo quando participaram do próximo encontro eles trouxeram outras situações mais urgentes que os incomodavam e o tema da alimentação se tornou emergente novamente para eles um mês depois, o que reforça que nesta modalidade optada não se pode impor um rigor de uma pauta preestabelecida e, sim, trabalhar com as necessidades surgidas da vanguarda do próprio grupo no momento que ela surge e ir além, saber compreender e perceber, entre tudo o que os membros dos grupos expressam, o que é prioritário naquele momento. Eu diria que é perceber o que lhe está causando maior sofrimento e, a partir daí, explorar a complexidade destes significados. Assim, frente a estes episódios, conclui que o próprio grupo me reconduziu a minha proposta, que já não era minha, mas nossa.

O desafio do facilitador nesta fase do processo não cessa e nas palavras de Rezende (1990), esse relacionamento sofre altos e baixos, como qualquer relação do homem com seus semelhantes. Às vezes um questionamento parece uma crítica ferina, às vezes tudo parece uma mesmice insossa e imobilizante, às vezes as resistências tornam-se veladas. A habilidade e a veracidade dessa relação não imunizam das contradições e tropeços usuais das relações humanas; pelo contrário, as dificuldades devem ser esperadas e, sobretudo, debatidas.

Assim, à medida que os encontros transcorriam, os participantes do grupo sentiam-se aceitos como pessoas no desenvolvimento, nos progressos, nas decisões do grupo; poder-se-ia dizer que estavam integrados, Mailhiot, (1991) refere-se a esta fase como a de trabalho, onde o grupo já aprendeu como trabalhar a cooperação mútua, a coesão é maior em busca de um objetivo comum. Eu

diria, da minha experiência com o grupo, que nesta fase diminuem a utilização de mecanismos de defesa e os integrantes estão mais abertos para dar e receber afeição. As relações tendem, nesta fase, para um nível interpessoal, que significa maior facilidade para ouvir e perceber a si mesmo e o outro. Esta fase ocorrerá somente se os indivíduos se sentirem plenamente aceitos. Esta aceitação pressupõe não renunciar ao que ele é e, sim ser ele mesmo e aprender a partir destas diferenças, não tomá-las apenas como fonte de conflito mas como complementariedade e interdependência entre si na elaboração de possibilidades no processo de auto-ajuda, como demonstraram falando, num encontro, em que resumiam como havia sido seu dia:

Antônio: Hoje não estou bom, estou atacado da artrite, meus pés doem muito. Pedi a funcionária para medir a pressão mas, deixa prá lá ela disse que tinha que fazer a ficha da criança primeiro.... Esta semana passei mal no serviço, minha pressão foi para 160/150, me levaram para Unidade de Saúde 24 Horas....Na Empresa que eu trabalho ninguém se conhece, não há reuniões, imagina eu não conhecia a Diretora. As vezes alguém me pede para dar recados eu dou a pessoa não atende o recado, ficam m perguntando se dei o recado. O recado eu dei mas o cara não obedeceu, mas eu não quero entregar ninguém

Neide: Sabe fia, o que ele falou é verdade. A gente que trabalha tem dia que não é moleza. Hoje eu não estava muito boa e a patroa estava muito em cima. Não sei trabalhar assim, quando ela saiu, num instante tudo estava pronto.

Antônio: Estes dias na praça Rui Barbosa dois rapazes estavam com a mão na minha carteira. Dei uma cotovelada no estômago, ele caiu e saiu correndo. Ninguém mais respeita ninguém, no ônibus não dão lugar pra ninguém, quando o ônibus é para Jardim Aliança que é aqui no nosso bairro, eu falo para crianças que estão sentadas. Dêem o lugar. Ninguém passa na catraca, é de deixar qualquer um doido.

Aqui, ainda como na fase inicial, existem momentos de tensão e ansiedade, só que foram mais tolerados e superados do que na primeira fase onde quase sempre tendiam para mecanismos de defesa e de compensação. Aqui, os membros do grupo tendiam a perceber-se diferentes, e a manutenção desta

integração se operará de maneira duradoura se as diferenças não forem trabalhadas pelo nivelamento e sim por sua complementariedade. Assim, cada membro aprendeu a não renegar nem renunciar ao que ele é, mas a ser cada vez mais ele mesmo e colocar à disposição do grupo os recursos únicos de que dispõe, Mailhiot, (1991). Abaixo, coloco extratos de uma reunião em que o grupo, obviamente nem todos os integrantes, mas a maioria, está atingindo este estágio, com sua capacidade de ouvir, de solidarizar-se uns com os outros conforme relato abaixo:

Tatiana: Ainda estou sofrendo muito com a separação do meu filho e da nora, chorando muito por causa do meu neto. Sábado e domingo ele passou conosco, era aniversário dele, fizemos festa. Acha que a gente ia deixar passar sem festa? Sempre fizemos. Marta está falando sobre a separação do meu filho, o quanto eu tenho sofrido de ver meu neto todos os dias de longe e não poder abraçar ele. Ele queria ficar com o pai, mas a justiça não deixa eles escolher, ele só fez sete anos agora. É duro demais, este neto é diferente dos outros, os outros ficam com ciúmes, mas é que este foi criado ali junto por mim. Sabe eu não sei como minha pressão não subiu tanto. Acho que foi porquê eu aprendi aqui e com você (fala se dirigindo a mim) que tem que falar, pôr pra fora as coisas ruins também, antes eu guardava tudo. Hoje a pressão está mais ou menos 16/90, na sexta feira eu estava me sentindo mal. Podia ver qualquer coisa da minha nora, nunca reclamava, não abria a boca para meu filho. Agora ela fica falando que a separação é porque eu fui culpada, não queria eles juntos. Meus Deus, eu nunca quis isso.

Marta: nunca coloque ele contra a mãe, senão ele fica contra você.

Tatiana: eu não faço isto nunca, eu sofro porque nesta separação meu neto é que sofre mais.

Quando meu neto vai embora o filho chora. Eu no começo molhava até o travesseiro de chorar. Sexta feira eu passei em frente à casa dele, pois é no meu caminho e era aniversário dele, sete ano. Eu falei Ivo vem dar um abraço na vó, ele ficou com receio de vir por causa da mãe, alguém já correu avisar que eu estava ali. Ele está muito dividido e perdido, não é triste?

Eu: o que você pensa fazer?

Tatiana: isto que eu não sei, (fica com os olhos cheio de lágrimas)

Eu: fica um silêncio de dor, coloco a mão em seu ombro. Terezinha gostaria de ter uma palavra que te consolasse mas acredito que vai continuar doendo e só o tempo pode amenizar esta ferida.

E, assim, o grupo foi ficando mais solto, a autoconfiança aumentou, e, à medida que sua integração se efetivava, os temas fluíam com maior facilidade, falando de sentimentos que os oprimiam no seu trabalho, em relação à vida em família, de seus sentimentos pessoais, não se colocando mais como espectadores e sim como protagonistas frente aos temas que emergiram, como demonstrado neste extrato de um encontro em que se voltou a discutir a dieta:

Marta: margarina eu nem ligo muito, queijo eu adoro só que está tão caro que é que nem remédio, a gente compra às vezes e muito pouco, só para enganar a vontade. Pão eu adoro.

Eu: Porquê colocou pão duas vezes na cartolina?

Marta: rindo. É que pão é uma coisa que eu adoro e como demais.

A conversa rumou para a importância de fazer caminhada:

Neide: O médico me falou. O dona Maria, está muito gorda, precisa se movimentar. Eu falei: e achar tempo, eu corro de manhã a noite; só que ele falou não adianta assim é que eu fico parada em frente a pia horas fazendo saladas.

Neide: Pra mim caminhar só se for final de semana porquê eu saio muito cedo as seis e meia e volto as sete horas da noite.

Sandra: não eu me acostumei bem.

Neide: Macarrão eu gosto muito, fruta, gente, eu adoro, verdura eu gosto, mas em casa, quando eu faço, porquê lá no serviço acho que eu não gosto porque tudo é muita grande quantidade. Peixe eu gosto muito, frango também adoro, maionese eu gosto só feita com óleo, ovos, limão e pimenta; não as de vidro, pronta no meu serviço eu faço vinte litros de maionese nos dias que têm salada de batata.

Neide: Colou um pacote de bolachas recheadas e escreveu adoro. Gente, bolacha recheada eu adoro, e as crianças pedem eu trago e como também.

Neide: bolachas e pão e doce, doce eu aprendi com minha tia a fazer no tacho, quando me dá vontade faço de abóbora, adoro e de banana e todos de cortar e como e só paro quando arde a garganta.

Tatiana: Fez colagens de conservas (pepinos, bebidas) e falou apontando para o desenho. Eu gosto mas não posso.

Este processo durou cerca de um ano e após um período de férias o grupo colocou com muita liberdade seus sentimentos acerca da nossa proposta, sugerindo que os encontros fossem na própria Unidade de Saúde para que outras

peessoas hipertensas pudessem ter esta oportunidade de também participar, conforme suas falas demonstram:

Valter: como hoje é dia da minha consulta, vim até aqui para te cumprimentar e dizer que não tenho comparecido e não comparecerei mais pelo motivo de que neste horário fica difícil, é hora de entregar as mercadorias e não dá para sair, só se uma vez por mês., no dia do atendimento.

Neide: (coloca) Eu acho bom pois até a minha pressão anda boa, fia, a gente vem, desabafa e fica se sentindo leve. Era bom que mais gente viesse, um jeito para outros participarem.

Tatiana: Acho que é bom pra conversar, desabafar mas que temos que fazer com todos que vêm para o posto, já que eles não participam.

Antônio: acho bom, a gente conversa desabafa, eu gostaria que mais hipertenso participasse, porque nós somos doente

Tatiana: (Interrompe) Nós somos hipertenso mas não somos doente, depois de tudo o que eu aprendi antes e aqui, passei a ver que não somos doente, temos de aprender a controlar. (Terezinha fala de negativo) É que mais gente deveria participar, deveria ser com todos.

Neide: também acha que deveria ser no dia de costume da consulta e que mais gente ia aproveitar. Pergunta o que eu acho.

Eu: Podemos experimentar fazer na sala de espera com mais pessoas? Ele vibram.

Tatiana: É o que sempre eu achei melhor e queria dizer. Vou trazer chimarrão, você toma? Eu não tenho cuia, mas se alguém preparar eu tomo.

Suzana: (flutuante) acho boa a idéia reunião na Unidade

Dois flutuantes que participavam concordaram balançando a cabeça.

A partir daí não mais nos encontraríamos semanalmente, cada integrante deste grupo retornou a sua terça de origem, ou seja, se diluíram nos quatro agrupamentos existentes como, por exemplo: na primeira terça do mês existe um grupo de pessoas, na segunda terça do mês um outro e assim sucessivamente até a última terça feira do mês, eram *novos rumos*.

7.3. *NOVOS RUMOS*

Como interpretei esta decisão do grupo de criar novos grupos, de levar esta experiência a outras pessoas? Posso deduzir várias hipóteses. Sem dúvida as mais evidentes seriam o desejo de que um maior número de participantes se beneficiasse como eles desta convivência, sem dúvida. O que mais me surpreendeu, entretanto, foi a liberdade para sugerir, para propor a mudança e, quanto a isto, só posso inferir que esteja relacionada à dimensão educativa do trabalho, que permitiu às pessoas hipertensas tornarem-se sujeitos deste processo, protagonistas desta convivência e, portanto, com direito e capacidade para sugerir e decidir o que era melhor para si e também para o outro. O outro, aqui, eram as pessoas hipertensas que estavam fora da proposta e que podiam ser também, como eles, beneficiadas com a socialização da experiência.

A transformação destes agrupamentos de hipertensos em novos grupos foi muito interessante; Foi como um recomeçar, mas mais fácil, por contar com o apoio das pessoas do grupo anterior e que agora estavam de volta aos seus grupos de origem como multiplicadores e colaboradores nesta nova etapa do processo de convivência. A colaboração destas pessoas propiciou um engajamento mais rápido das outras pessoas no processo de convivência destes novos rumos. Coincidentemente, em cada grupo ficaram uma ou duas pessoas da experiência anterior o que facilitou a fase inicial com novos grupos pelo relato das suas experiências, apoio e incentivo. Nos encontros iniciais, com estes novos grupos, era comum os colaboradores se apresentarem colocando um pouco da sua experiência e isto, sem dúvida, foi de muita valia para a formação e evolução destes grupos.

As fases de transformação destes agrupamentos em grupos foram, na maioria de seus aspectos, semelhantes ao que já foi descrito na primeira etapa. A diferença mais significativa se referiu ao tempo. As fases de integração foram

mais lentas em função do maior número de participantes e a próprias características do local. A sala de espera é um corredor improvisado, o que impede um clima íntimo e de aconchego.

Se, na primeira etapa com o primeiro grupo houve um ambiente propício, com silêncio, sem interrupções, agora ocorre o oposto: a sala é um corredor, conforme já mencionado que se utiliza como sala de espera, muitas vezes estamos em mais de dez pessoas e fica difícil garantir que todos tenham oportunidade de se expressar. Entretanto, se fosse hoje recomençar iniciaria pela sala de espera, pois tenho a convicção de que desta maneira, o processo garante uma socialização de informações através da troca de experiências a um número maior de pessoas hipertensas. No transcorrer desta proposta pude tirar proveito até das situações desfavoráveis. Se, por um lado, a planta física desfavorecia um clima de intimidade, por outro, propiciava àqueles que não estavam seguros de participar, observar de longe o que transcorria no grupo de convivência.

Não descreverei, neste trabalho, as fases em que estes agrupamentos percorreram, até se tornarem grupos ligados à tarefa que justificaram a sua formação. Resumidamente, posso dizer que são novas histórias de vida e que o grupo tinha razão, quando propôs a mudança. A socialização da experiência, agora estendida ao demais, foi, sem dúvida, ainda mais desafiadora e de maior alcance, em decorrência da socialização da experiência que culminou na multiplicação de pessoas beneficiadas pela proposta e, conseqüentemente da educação em saúde.

Durante a convivência, com o grupo, foi muito vasta a pluralidade de temas. Numa reunião, todos os temas emergentes podem ou não estar presentes. Exemplificando, um membro do grupo fala de como se sente na condição de portador de hipertensão arterial, o que o aflige, enquanto outros falam de suas dificuldades, outro solicita ao grupo uma informação sobre a dieta, assim o

grupo assume o rumo terapêutico dos encontros formando um fluxo desprovido da rigidez de um conteúdo estabelecido a priori.

A dinamicidade do processo educativo, bem como os muitos vieses da hipertensão se deram, no início, e continuam nesta nova etapa dos *novos rumos*. Não se priorizou nenhum aspecto em detrimento de outros, ou seja, o tema a ser explorado era o que, no momento estava causando sofrimento ou o que fosse considerado incômodo ou doença pela pessoa. Nem sempre era o aspecto biológico que mais incomodava as pessoas dos grupos, conforme os extratos das reuniões demonstram, ou seja, há uma forte interdependência de fatores emocionais, sociais e biológicos que interferem no processo saúde/doença destas pessoas.

Embora eu esteja finalizando a descrição destes *novos rumos*, eles continuam e já duram quase um ano, quando o grupo e eu desfrutamos desta convivência num clima em que, nas palavras de Lepargneur (1986):

“a doença [aqui a hipertensão arterial] não é obrigatoriamente um tempo de regressão e instalação na dependência; pode também ser um tempo de progresso, a oportunidade para um novo olhar sobre si. Cuidar da saúde de outrem não é apenas consertar, não é apenas encontrar alguém, é também libertar o doente, ajudá-lo a se assumir e a reintegrar sua comunidade, ora para lá viver, ora para lá morrer. Nem a responsabilidade nem a consciência inculcam-se como imposição de fora: são antes aspectos da realidade que vêm a nós e que acolhemos à medida que estamos preparados para discerni-los e assumi-los, em proveito de nós mesmos e de muitos no futuro”.

8. TEMAS EMERGENTES

8.1. PREOCUPAÇÕES DO GRUPO FRENTE AO SEU COTIDIANO

O processo de convivência com grupo de pessoas hipertensas culminou em diversos temas emergentes. Estes temas ou conteúdos, nas palavras de Freire (1993), não foram por mim dissertados, como doação de conteúdos que pouco ou nada tinham a ver com anseios do grupo com suas dúvidas, com suas esperanças, com seus temores. Segundo o autor citado, nosso papel não é dissertar ao povo sobre a nossa visão de mundo, ou tentar impô-la, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa. Temos que estar convencidos de que a sua visão de mundo, que se manifesta nas várias formas de sua ação, reflete a sua situação, no mundo em que se constitui. É na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, que enfermeiro e grupo deverão buscar o conteúdo programático.

Durante o convívio com os grupos, os temas emergentes relacionados a hipertensão incluíram a maneira como ela é percebida e sentida, passando por sentimentos de *preocupações, tristeza, nervoso, estresse, dieta, perdas, ajuda, enfrentamentos*. Estes temas não foram simplesmente extraídos da clínica médica ou da epidemiologia, corroborando com o pensamento de Aranha (1993), sobre os fins da educação. Eu diria que, sob o ponto de vista que encaro a educação e a educação em saúde, estes temas não foram separados de suas vidas, nem foi uma preparação para a vida, mas sim a vida mesmo.

Nesta etapa identifiquei categorias que revelaram preocupações que, segundo o grupo, causam interferências em seus níveis pressóricos. Os temas predominantes durante os encontros foram sem dúvida todos estes componentes dos domínios como fonte de preocupações na forma de tristeza, raiva, nervoso, desavenças, sobrecargas, problemas financeiros passando pelas condições

concretas de sua existência, o que significa dizer, o resultado de uma interação de fatores sociais, ambientais, psíquicos, espirituais e orgânicos, interferindo no descontrole da pressão arterial. - Estes temas emergentes evidenciaram a íntima interação de corpo e mente. Os eixos eram interdependentes, não existindo uma linearidade. Ora era o sofrimento causado pelo incômodo físico, ora o sofrimento emocional gerando desconforto físico, ou vice-versa. Assim, os temas, apresentados no quadro a seguir representam situações que contribuem para o descontrole da pressão arterial segundo percepção do grupo de pessoas hipertensas.

Quadro 1 - Situações que Contribuem ao Descontrole da Pressão Arterial

EMOÇÃO	Tristeza e Sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> • O genro foi embora e os netos sofrem • As crianças sofrem pelos pais • Eu sofro muito; • Eu sou triste, fico muito triste • Eu nunca sou alegre • A tristeza • Tristeza é meu marido na cama, eu tenho que fazer tudo por ele • O sofrimento • Tristeza faz a pressão subir • Filho não vive bem com a nora • A nora levou meu neto
	Raiva	<ul style="list-style-type: none"> • Raiva • Não demonstro a raiva • Engulo a raiva
	Nervosismo	<ul style="list-style-type: none"> • O nervoso; • Tensão emocional e nervos • O nervoso acaba com tudo • O nervoso traz doença • Nervoso que amarra o peito • Preocupação e sofrimento • A filha é muito grossa • Sou nervoso demais • De esperar fico manchada de nervos • A minha pressão é dos nervos • Choque, nervoso
CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO	Jornada de Trabalho Forçada	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho sem limite • Trabalho sem horário de alimentação • Falta de descanso no trabalho • O patrão fica muito em cima • Serviço pesado • Deixar os filhos para trabalhar • O meu serviço é uma escravidão, não perguntam nada, te escalam • Fazer tudo certo em casa e no serviço • A pressão subiu pela minha profissão • O serviço acaba com a gente • Aquele relógio • Serviço demais acaba demais • Tenho que correr atrás de tudo • O serviço faz a pressão subir • Me cobram demais • Não tem um chuveiro para tomar banho • Muito cansaço, desanimado, deprimido
	Direito de Expressão	<ul style="list-style-type: none"> • Se abrir a boca, perde o emprego • As firma de hoje são fogo, não dá para reclamar • Trabalhamos em grupos, mas ninguém se conhece
	Relacionamento Social Nulo	<ul style="list-style-type: none"> • Na empresa ninguém se conhece • Eu não conheço a Diretora

Continuação do Quadro 1:

HÁBITOS		<ul style="list-style-type: none"> • Cigarro; • Bebida Alcoólica.
CONDIÇÕES FINANCEIRAS	Insuficientes para a Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Precisaria comprar mais coisas no mercado, mas só dá para o essencial • As pessoas no supermercado não conseguem comprar o que é preciso • Quando se tem dinheiro é mais fácil substituir o arroz e o feijão por frutas e outras coisa
	Aposentadoria Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Aposentadoria por invalidez • O velho se aposentou, mas trabalha de guarda, não dá para parar, a aposentadoria é pouca • Mudança na previdência • A firma não aposentou o marido
	Falta de Dinheiro para Viver Bcm	<ul style="list-style-type: none"> • A falta de dinheiro fico nervosa • Problema financeiro • Muito pouco dinheiro me deixa nervoso • Dinheiro curto
ATENDIMENTO INSATISFATÓRIO DAS UNIDADES DE SAÚDE		<ul style="list-style-type: none"> • Postos de Saúde quase não tem medicamentos • Espera longa para ser atendido no posto • O medicamento que uso não tem no posto
TRANSPORTE COLETIVO URBANO		<ul style="list-style-type: none"> • Catracas de ônibus deixam a gente louco. O pessoal não vai para frente, não dá lugar para crianças e velhos • Viajar de ônibus
VIOLÊNCIA		<ul style="list-style-type: none"> • A violência me deixa nervosa. • Pegar ônibus de madrugada • Tumultos • Perigo de assalto nos terminais de ônibus
RELACIONAMENTO FAMILIAR	Desavenças	<ul style="list-style-type: none"> • Ser casada com alcoólatra • Não viver bem com o esposo • Desavenças na família • Quem manda são os filhos, não tenho liberdade
	Acúmulo de Papéis	<ul style="list-style-type: none"> • Marido trabalhando fora, tem que ser o homem e a mulher da casa.
PERDAS		<ul style="list-style-type: none"> • Perdi meu pai • Doença na família • Viver sozinho • Divórcio do filhos - longe dos netos • Gosto de comer o que não posso

Estas situações são apresentadas na forma de domínios que contêm as preocupações do grupo frente ao seu cotidiano, às quais eles atribuem o descontrole da Pressão Arterial. Conforme a literatura, estas preocupações os autores chamam de estresse/estressores. Não é fácil encontrar uma definição para o estresse que seja aceita por todos. O termo é usado livremente por pessoas e grupos diferentes para exprimir significados diversos (Fontana, 1994). Monat.; Lazarus, 1991 colocam três tipos de estresse tipicamente delineados: *sistêmico ou fisiológico, psicológico, e social*. Esta classificação, citada por eles, inclui estudos de diversos autores. Estresse sistêmico diz respeito principalmente a distúrbios do sistema tecidual (Cannon 1929; Selye 1956); estresse psicológico (com fatores cognitivos conduzidos pela avaliação da ameaça (Lazarus, 1966), e estresse social com perturbação da unidade ou sistema social (Smelser, 1963). Enquanto muitos acreditam que estes três tipos de estresse são relacionados, a natureza deste relacionamento está longe de ser clara.

Acredito que o profissional de enfermagem, ao trabalhar tanto a nível individual como coletivo, deve considerar o estresse/estressores/enfrentamento como um processo dinâmico de fatores inter-relacionados. Um modelo que procura abrigar toda esta complexidade de fatores é o fenomenológico transacional de Lazarus & Folkman, segundo Mcaffie (1992), baseado na noção de que estresse nem é inteiramente do ambiente externo nem somente do interior da pessoa, mas é produto de ambos, em que enfrentamento é um processo dinâmico através do qual o indivíduo maneja as demandas do relacionamento da pessoa com seu contexto e que são avaliadas em função do estresse que causam e da emoção que geram. São maneiras cognitivas, afetivas ou comportamentais de minimizar ou avaliar estressores.

Assim, na convivência com o grupo, o enfrentamento destas situações que contribuem ao descontrole da pressão que também podemos chamar de

estressores foram sempre compartilhados, levando-se em conta o acesso das pessoas a recursos ambientais, tais como sociais, econômicos, educacionais ou outros recursos importantes. Desta maneira aspectos psicofisiológico, psicológicos e psicossociais não foram excludentes entre si. A condição crônica enfrentada pelo indivíduo hipertenso se caracteriza por um estressor existente cuja percepção e intensidade depende do próprio indivíduo em função do que aprendeu em interação com seu ambiente, sobre si mesmo, com experiências anteriores e atuais, educação, cultura, crença e suportes sociais.

Procurei, como enfermeira e facilitadora junto ao grupo, entender o Ser doente no contexto do seu mundo próprio, de suas vivências e, nas palavras de Olivieri (1985), há necessidade de interpretar a natureza essencial do Ser-doente que desejamos auxiliar. É preciso ser-com-os-outros caso se deseje qualquer possibilidade de os interpretar, quer dizer, saber o que vivem e por que se comportam, perceber o que, na verdade, naquele momento exato, está presente para o doente, escondido atrás dos sintomas que apresenta. Nesta proposta eu busquei, juntamente com grupo, identificar padrões de estresse/estressores/enfrentamento como unidades indissociáveis no processo saúde/doença, bem como ser elemento facilitador/catalisador para o enfrentamento. O processo de estresse, enquanto fenômeno humano tem componentes sócio-históricos e psicológicos que não podem ser compreendidos isoladamente.

Cada situação colocada como geradora de tensão, de sofrimento, manifestadas de muitas formas como: *eu sou triste, eu fumo, eu bebo, eu sou nervoso* (dieta, hábito de fumar, vida sedentária etc.) revelavam uma forma de viver, de organizar-se frente às contingências da vida e mereceram uma reflexão detalhada. Estes temas surgiram a partir da análise de situações cotidianas, passando pelas bases sociais de suas vidas e de trabalho enquanto condições adversas à saúde, desenvolvendo através de reflexões conjuntas habilidades e

destrezas para o enfrentamento de vivenciar a condição crônica com vistas a ampliar suas opções de escolha e competências como pessoa. Neste enfoque, o indivíduo/grupo se capacita a ler a realidade com espírito, consciência da realidade e potencial para transformá-la.

A dimensão buscada em todos os encontros era a de que a educação em saúde pudesse alcançar as pessoas do grupo através da experiência de seus membros aliada à sua própria. Aprendendo e ensinando em todos os encontros a dar ajuda, quer dizer, estabelecendo uma relação com o outro para crescimento psicossocial conjunto. Cada um tinha recursos que serviam ao outro e foram utilizados com propriedade.

Portanto, cabe ao profissional enfermeiro como educador estimular a capacidade reflexiva do homem, que é própria de todos os homens e não privilégio de alguns, a tomar consciência dos dados da sua cotidianidade e, nas palavras de Olivieri (1985), um passado não pode ser mudado, pode ser interpretado e compreendido de forma diferente, de sorte a modificar um presente que não satisfaz e, assim, permitir um futuro melhor. Ao conseguir modificação discreta do “presente sentido”, outras alterações se processam em seguimento e conduzem a situações novas muito significativas.

Os recursos da enfermeira, no que se refere ao saber técnico, são fundamentais, obviamente distanciando-se do saber puramente instrumental e adquirindo conotação de conhecimento socializado e compartilhado, com finalidade emancipatória do grupo de hipertenso, traduzidas em habilidades para o enfrentamento em busca de realização e felicidade.

O domínio *emoção* foi o mais representativo e significativo; assim, optei por iniciar algumas reflexões a partir deste domínio. Entendendo que as *emoções* são respostas universais de um ser, posso dizer que são também resultados das influências sociais. Tudo aquilo que surgiu para o grupo como tristeza ou alegria, decorreu da sua visão de mundo, adquirida no seu contexto social. Ou seja, todo

o fenômeno humano do grupo é um fenômeno social, assim como a ordem social existe unicamente como produto da atividade humana. Posso sintetizar o inter-relacionamento dos domínios dizendo que todas as situações, passando pelas Condições de Trabalho; Condições Financeiras; Atendimento Insatisfatório das Unidades de Saúde; Violência e Problemas no Relacionamento Familiar foram, na verdade, fortemente traduzidas e veiculadas para a maioria como emoções que lhes causam alterações, deixando-os, conforme expressões destes: tensos, preocupados, esgotados, desanimados e deprimidos. Assim todas as situações contidas nos domínios foram fatores empiricamente observados e intensamente vivenciados com o grupo, em que não tive a pretensão de rever uma teoria explicativa sobre condições de trabalho, financeiras e o sofrimento emocional ou psíquico decorrentes e, sim, apresentar os nexos levantados pelos próprios integrantes do grupo. Houve, também, preocupação de não reduzir toda esta complexidade numa relação causa-efeito mas, transcendê-la através da estratégia de convivência que propiciou espaços para relacionar a vida das pessoas do grupo com o tempo histórico da sociedade, em sua estrutura, dinâmica e representação. Portanto, o espaço da convivência, gerou a possibilidade de discutir estes fatores que participam no descontrole da pressão arterial, do ponto de vista individual e coletivo. Por exemplo, a partir da história de vida de uma pessoa do grupo, a convivência abria espaços para a dimensão de seu sofrimento individual e se procurava abrir espaços para os nexos do seu caráter coletivo, possibilitando a discussão dialética da dimensão do sofrimento individual, quase sempre secundarizada pelo caráter social ou vice e versa.

A *emoção* pode ser reveladora dos processos de adoecer, levando-se em conta a pessoa, o doente e, não exclusivamente, a doença. Interpretando este processo de adoecer, não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas sim representando a resposta de um sistema, de uma pessoa que vive em uma sociedade. Conforme já mencionado, é a partir do domínio *emoção* que

procurarei refletir os nexos existentes, pois foi assim que, autenticamente, eles se deram na convivência com o grupo.

A partir do saber contemporâneo, podemos afirmar que o homem é capaz de responder às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças tidas anteriormente como concretas (biológicas, como os microorganismos e /ou físicas e químicas). Assim, situações como quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, perda de emprego, viuvez, aposentadoria, entre outros, são tão danosos à pessoa, quanto aos fatores antes considerados concretos (Rodrigues; Gasparini, 1992).

É fundamental compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido, geradora de *emoção*, é suficiente para originar transtornos funcionais e estes, se repetidos e persistentes, alteram a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações (Pontes apud Rodrigues; Gasparini, 1992 A *emoção* é um fenômeno que ocorre simultaneamente no nível do subsistema do corpo e no nível do subsistema de processos mentais. Aquilo que no nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, fome, no corpo, concomitantemente se expressa através de modificações no subsistema somático, através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea.

Transportando esta afirmação para a convivência do grupo, posso dizer que a *emoção*, tão fortemente vivida por estes, é um fenômeno que afeta simultaneamente no nível do sistema do corpo e no nível do sistema de processos mentais. Acredito, pessoalmente, que saúde/doença foi visto como um processo inter-relacionado e, sendo assim, a doença pode ser o sofrimento físico tanto quanto o sofrimento mental. Para o grupo, o sofrimento acertadamente não era apenas aquele que podia ser mensurado, em detrimento da experiência subjetiva.

Os aspectos biológicos, marcadamente, presentes não liberaram em nenhum momento da convivência os complexos determinantes econômicos, sociais e políticos. Neste intrincamento dos domínios a dimensão do coletivo como causa das doenças estiveram sempre enviesando todo o processo. Desta maneira nunca, como facilitador do grupo, neguei a doença; procurei junto com eles, ir além da realidade física, isto é, buscar o entendimento desta doença como denunciadora e reveladora da forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo.

Todos os domínios, quer condições de trabalho, financeiras e demais, apareceram como geradores de tensão, de natureza múltipla, afetando a saúde das pessoas do grupo. Eu posso afirmar, apoiada na convivência com este grupo que as expressões que constituíram o domínio *emoção* foram as mais significativas e presente no grupo. Muitos se colocaram como pessoas nervosas, tristes e criaram elos entre estes sentimentos e o descontrole da pressão arterial. No início, antes do estabelecimento de um clima de confiança, entre os membros do grupo, era comum colocações apenas sobre ser nervoso e, lentamente, na convivência com as pessoas, as causas subjacentes das emoções iam sendo reveladas. Assim, os nexos foram surgindo, como, por exemplo, o intrincamento do seu estado emocional de sofrimento versus as condições de trabalho, financeira ou de desavença familiar, exemplificando uma pessoa hipertensa que atribuía o aumento de sua pressão ao nervoso, à tristeza, revela:

Eu sou triste porque tenho que deixar meus filhos sozinhos em casa para ir trabalhar.

Colou numa cartolina figuras de mãe reunidas com seus filhos, filhos nas creches em recortes que demonstravam crianças e mães felizes. Esta situação demonstra, claramente, que os aspectos da promoção da saúde não decorrem somente de fatores meramente individuais, mas de manifestações em dimensões coletivas. Clarificando esta situação, diria que o sofrimento colocado por este

integrante do grupo está intimamente ligada a falta de vagas nas creches públicas já que esta pessoa é uma trabalhadora que pertence ao mercado informal de trabalho. Gostaria de mencionar que as condições de trabalho, trazida pela maioria das pessoas do grupo, revelaram-se esmagadoramente como uma cultura empresarial onde sobressaem valores objetivos e impessoais, ou seja, não considera a *emoção*, o indivíduo é visto de forma incompleta, contando apenas suas habilidades para a realização de tarefas, isolado das suas características de ser, das suas experiências de vida como demonstram as falas abaixo:

Muito trabalho, sem limites, sem horário de alimentação, falta de descanso.

O serviço é uma escravidão, não perguntam nada, te escalam para trabalhar.

A patroa fica muito em cima, não sei trabalhar assim.

Procurei, sempre junto ao grupo, favorecer espaços para o resgate dos aspectos sadios do corpo e da mente. Não houve nenhuma linha divisória bem delineada entre saúde e doença. Nesta convivência mais demorada com este grupo, pude entender o que Madel Luz já dizia em 1980: “a visão de saúde e doença das classes subordinadas costuma ser uma, visão positiva, em que a integração da ordem natural biológica, com a ordem sobrenatural e com a ordem social é muito clara”.

Concordo com Madel Luz, pois nesta experiência, junto ao grupo, (as pessoas do grupo) demonstraram uma maneira positiva de encarar a saúde e doença, porém, ao mesmo tempo, foi muito forte a noção de saúde como responsabilidade individual e muito pouco expressado ou sentido, a saúde como direito social, como cidadania coletiva. Esta situação pode ser exemplificada quando uma pessoa do grupo que atribuiu a falta de condições da planta física no ambiente de trabalho à patroa, que não enxergava as necessidades das pessoas que ali trabalhavam, e que ela nada podia reivindicar. Após longo período de

convivência ela têm colocado questionamentos junto a patroa quanto ao direito de trabalhar numa planta física condizente com as atividades que exerce (é cozinheira, o local não tem sistema de ventilação e chuveiros para um banho no final da jornada de trabalho).

Outro exemplo se refere à falta de medicação para o controle da hipertensão arterial. Era quase irrisório o número de pessoas que demonstravam indignação com a falta deste, como demonstra a fala de uma pessoa do grupo:

Estou com a pressão alta, estou sem remédio, não tinha no posto, fui trabalhar de diarista para comprar no centro que é mais barato.

Estes são exemplos, dentre vários que surgiram, a que atribuo esta perspectiva positiva a maneira que me dispus a trabalhar a educação em saúde, de um modo que certamente leva tempo, pois não se trata de uma palestra, de um curso ou treinamento dado ao grupo e, sim, de uma apropriação consciente, indissociável, da vida das pessoas, de maneira que possam surgir posturas ativa e crítica frente a sua vida pessoal, do grupo da comunidade e da sociedade, e isto se dá de maneira lenta e longe das velhas fórmulas dos conselhos que ecoam num vazio, que não considera a complexidade e multiplicidade, integralmente inter-relacionada, que é a realidade.

Concluindo a respeito dos temas emergentes, digo que eles surgiram pelos espaços propiciados, onde nos deixamos conhecer, ensinando e aprendendo. Isto, porém, não basta para ultrapassar a visão e os conteúdos dos modelos higienista e assistencialista ainda predominantes nos modelos de educação em saúde. Tenho percebido avanços através de textos que se propõe a refletir, modelos vigentes e predominantes da educação em saúde, pesquisas junto a populações e profissionais da saúde, porém noto igualmente um descompasso entre conhecimento produzido e a prática cotidiana da maioria dos Serviços de

Saúde. Foi gratificante trabalhar concretamente com a população e perceber sua visão positiva do processo saúde doença, porém isto não basta para transcender o modelo ainda tão arraigado. Um caminho que pode oferecer a possibilidade de mudança é a modalidade de educação em saúde que não anule a capacidade de reflexão e ação das pessoas frente às situações de vida/saúde/doença rumo à cidadania individual e coletiva. Este exercício, certamente, também terá que ser realizado pelos profissionais de saúde e, certamente, temos muito a exercitar neste movimento de ação e reflexão sobre a nossa prática e do quanto ela tem contribuído para manter a configuração do Sistema de Saúde de que também como cidadãos, grupo, comunidade e sociedade temos direito de usufruir. Como profissionais de saúde temos a obrigação de buscar um relacionamento interpessoal com aqueles que têm direitos a estes Serviços, sem jamais perder de vista que a saúde é fruto das condições históricas de existência das populações o que, obviamente, inclui as condições políticas, econômicas e sociais. Toda proposta, planejamento, projeto e ação que não considerar esta complexidade em sua visão e conteúdo servirá, apenas, para manter a configuração do sistema de saúde. Isto, certamente, é um grande desafio que envolve exercitar outras habilidades complexas além das já colocadas, como as questões de caráter multiprofissional, interdisciplinar coerentemente intersectorializados com os mecanismos geradores de melhoria da qualidade da saúde da população. Vejo a enfermagem desprender-se, embora lentamente, de marcos teóricos exclusivamente originados do modelo médico rumo a estas novas possibilidades. Eu sou um testemunho no sentido de aprender e ensinar a construir esta mudança.

9. REFLEXÕES CONCLUSIVAS

Refletir sobre esta trajetória é bastante complexo pois é o resultado de um processo intrincado. Exemplificando, como posso falar separadamente de atitudes se elas estão diretamente interligadas e foram fundamentais para propiciar os espaços educativos delineados nos pressupostos da proposta? E, ainda, como falar das diferentes participações das pessoas sem correlacionar com as atitudes que as propiciaram? Desta maneira o todo se torna complexo.

Considerarei várias questões em relação aos resultados desta trajetória, passando pela experiência pessoal, pela Unidade de Saúde, utilização de grupos pela enfermagem, educação em saúde versus grupo, bem como os pressupostos que me acompanharam nesta trajetória. O trabalho que aqui finalizo, teve o propósito de relatar a experiência vivida no estabelecimento de um grupo de convivência entre pessoas hipertensas. Ao longo deste, tentei descrever o melhor que pude o movimento de um agrupamento que se tornou um grupo, num complexo processo percorrido, sustentado no diálogo e no compartilhar de experiências.

Em relação às atitudes exercitadas nesta trajetória eu diria que a *congruência* foi a primeira condição para gerar um clima propício às atualidades existenciais e crescimento pessoal do grupo. Esta condição pressupõe que eu seja aquilo que sou, e que exprima esta condição em atitudes e sentimentos. Percebendo o quanto procurei usar de franqueza, sem máscaras e fachadas, comunicando os meus sentimentos nos momentos em que isto se fez necessário, o grupo pôde, igualmente, sentir-se encorajado a experienciá-los. Os participantes do grupo foram levados a desejar uma autenticidade no plano de suas relações e isto se deu proporcionalmente ao quanto consegui exercer liderança como

facilitadora e, conseqüentemente, estabelecer e manter um clima de grupo suficientemente permissivo. Cada um descobriu então que lhe é permitido ser plenamente ele mesmo. Inicialmente, para responder até às minhas próprias expectativas de facilitadora e, depois, pouco a pouco, do grupo, é necessário que cada um, pelas relações que vão evoluindo no grupo, atualize os recursos únicos que traz em si. A partir deste momento cada participante sentiu a inutilidade de se disfarçar e deixou de se preocupar em ser aceito, à todo custo, por mim e pelo grupo. Concluo então, que, quando esta condição se deu o grupo teve e já estava vivenciando a possibilidade de experimentar a atitude da consideração positiva incondicional de si e do outro.

A consideração positiva incondicional foi pelas minhas experiências anteriores, a que mais pude realmente vivenciar com o grupo. É muito enriquecedor aceitar o outro de maneira incondicional; para mim significou tomar a diferença como fonte de enriquecimento, foi permitir que pensem diferente, que encarem a vida e seus problemas de modo diferente do meu. Abrir espaços para que esta condição se realizasse no grupo foi maravilhoso, pois é um processo de que participo ativamente. Ao mesmo tempo que permito aceitá-los estou facilitando a objetivação deles e a minha própria. Exemplificando, quando um membro do grupo coloca uma situação de sofrimento em relação a sua situação de saúde ou outra qualquer que lhe traz dor ou sentimentos de perda, a minha aceitação e facilitação para com ele se deu através da sua maneira de encarar a vida que ele vai expressando, e não a partir do que eu acredito, do meus recursos pessoais, de minha preconceituação. Então, aceitá-lo incondicionalmente é permitir que viva a sua experiência de pessoa que enfrenta uma condição crônica, ou mesmo que possa vir a transcendê-la para uma forma mais positiva de superação a partir da sua maneira pessoal, o que inclui atitudes, crenças e os sentimentos que lhe são próprios e que o tornam um ser único; é a partir daí que eu e o grupo podemos ajudá-lo a crescer. É como se dissesse: há

espaço para superação mais facilmente no momento em que me permito ser eu mesmo e deixo que os outros possam ser eles mesmos também. Esta disponibilidade traduzida em um clima de facilitação no grupo propicia mais facilmente as transformações.

Aceitar o outro incondicionalmente significa estar mais aberta para compreendê-lo *empaticamente*. Então, compreendê-lo *empaticamente* através da convivência com o grupo de hipertensos, eu diria que é a minha capacidade de compreender o *significado exato* que o indivíduo está comunicando, independente do quanto ele pormenoriza ou intelectualiza uma situação que tenta expressar. Quando dois ou mais integrantes do grupo possuem posições divergentes procuro da mesma maneira estender a minha compreensão para o sentido exato que cada um está tentando comunicar de maneira a criar um clima orgânico a partir da interação da multiplicidade de diferenças presentes no encontro.

Pois se *empatia* significa compreender o significado exato daquilo que a pessoa está comunicando, eu só posso me dispor a compreendê-la quando faço esta distinção e consigo captar o seu mundo particular e posso comunicar-lhe esta compreensão do que é conhecido para ele e mesmo do que ele não tenha consciência.

Pessoalmente considero, conforme já coloquei anteriormente, a *empatia* a atitude mais complexa e de maior desafio pessoal tanto na minha experiência com o grupo e tanto como em outras situações de vida. O desafio maior, segundo minha percepção, não é perceber o mundo do outro mas comunicar-lhe de maneira adequada (verbal e não verbal) e no momento certo para que venha propiciar-lhe possibilidade de crescimento.

Em resumo, diria que nenhuma atitude destas se dá isolada, ou seja, elas acontecem simultaneamente, se aprendo a ser *transparente*, *congruente* posso mais facilmente *aceitar incondicionalmente* uma pessoa ou grupo e fatalmente

estabelecer uma relação *empática*. Tais atitudes são fundamentais para favorecer o diálogo que foi fonte para a aprendizagem de novas possibilidades de enfrentamento, às diversas situações de vida do grupo e da minha também.

A minha aceitação, em relação às diferentes maneiras de participação, está diretamente ligada as atitudes que são necessárias para interagir com os integrantes de um grupo. É preciso compreender níveis de participação a partir da própria pessoa, do que ela é, sente e expressa, não somente a partir do que é a minha maneira pessoal de participar. Poder visualizar estas diferentes participações está diretamente relacionado à aceitação incondicional da pessoa e do quanto consegui estabelecer uma relação empática. O fato de alguém não vir a se engajar na proposta sempre foi uma possibilidade factível, embora conste de meus objetivos e desafios criar um clima facilitador para favorecer o maior número de participações.

Sem dúvida, as *atitudes* do processo de *facilitação* também são relevantes para que sejam aprofundadas, já que as mesmas podem favorecer o enfermeiro não só nos processos com grupos mas também nas suas relações bipessoais com clientes em diversas situações, tais como em uma consulta de enfermagem em uma Unidade de Saúde ou em uma Unidade de Internação hospitalar, possibilitando-o mais facilmente a um processo interativo de objetivação e atualização para ambos.

Em relação aos pressupostos deste trabalho, concluo que foram sustentados na sua totalidade. A dimensão educativa desta proposta foi delineada para facilitar e materializar concretamente estes pressupostos que estiveram permeando todo o processo de convivência. Eles foram, durante a trajetória, como um leme de barco: não bastou apenas segurá-lo para conduzi-lo, foi necessário conhecer, explorar outras tantas variáveis e atemporalidades. Poderia, então, resumir da seguinte maneira: os meus pressupostos indicaram caminhos e

o processo de interação com a realidade é que confirmou, negou ou acrescentou elementos significativos num constante movimento dialético.

As idéias, anteriormente resumidas, dos pressupostos contemplados neste trabalho e fortemente sustentados numa dimensão educativa não tiveram, em momento algum, o objetivo de serem comprovadas ou não. Entretanto, não posso deixar de descrever que elas foram confirmadas, visualizadas e transcenderam para além das minhas expectativas. Não optei por um marco diretivo, entretanto as bases teóricas foram buscadas exclusivamente com fins de dar maior entendimento sobre o ser humano hipertenso, e para a formação do grupo em que a dimensão da educação em saúde pudesse aflorar.

Como esta dimensão da educação em saúde se tornou visível? Ela se deu no espaço próprio do grupo, de acordo com seu processo histórico. Ela se processou de uma maneira dinâmica. Se vista apenas pela ótica tradicionalista, alguém poderia questionar se ela existiu. Certamente que sim. Não separei a educação em saúde apenas naqueles momentos em que se falou da medicação, dos alimentos e da dieta. Interpreto-a como processo que se deu na convivência e existência do grupo, quando foram expressadas diferentes histórias de vida, que incluíam a saúde e a doença em que não houve separação de causas endógenas e exógenas. Estas causas têm explicações individuais muitas vezes explícitas, outras em formas de metáforas que demonstram atitudes, comportamentos e revelam concepções de mundo. Através da experiência desse fenômeno, as pessoas falaram de si, do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressaram também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social e seus substratos econômico-político e cultural.

O desafio maior foi, sem dúvida, a possibilidade de pensar diferente, sentir de outra forma, trabalhar com objetivos mais flexíveis e com outros resultados o processo de educação em saúde. Foi vislumbrar outros horizontes

onde os vieses da proposta educativa incidiram de forma reflexiva e vinculada ao universo, com quem se compartilhou o aprendizado. Da oportunidade concreta de plantar uma semente de educação em saúde fora dos moldes tradicionais, germinou a possibilidade de construir uma realidade diferente, melhor do que existe hoje. Pode ser o sonho possível, sustentado na socialização dos saberes que leva os homens à reflexão e à tomada de consciência dos bens econômicos e sociais que todos nós temos direito de desfrutar porque, direta ou indiretamente, todos nós ajudamos a construir.

A vertente de educação em saúde desenvolvida com o grupo foi aquela que prioriza ações de promoção, prevenção e controle das doenças. Ela busca a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à saúde, numa dimensão própria do grupo, o que significa dizer que ela não está presa tão somente à linearidade do aspecto biológico; o que conta é a reflexão sobre as várias facetas da doença que atinge o indivíduo tornando-o consciente de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença, podendo, então, apreendê-lo como um *continuum* passível de modificação.

Embora minha proposta situe-se predominantemente nesta vertente hoje, os dados demonstrados pelo grupo poderão servir, certamente, para subsidiar iniciativas para ações de participação comunitária sobre os determinantes do processo saúde-doença que foram expressados e trabalhados com o grupo. Em todos os momentos da convivência eu sempre procurei encorajar o grupo no sentido de facilitar colocações de suas dificuldades, bem como reforçar crenças positivas acerca do tratamento e da dieta, pois a grande maioria já conhece as orientações quanto a estes aspectos.

Esta proposta incluiu, obviamente, informações que incluíram a dieta e o tratamento quando elas se fizeram necessárias, porém considero tão ou mais importante explorar junto com o grupo os espaços, as crenças, os enfrentamentos

ligados a seguir ou não a dieta e o tratamento. Minha postura frente ao grupo sempre foi predominantemente apoiadora, positiva e incondicional, acreditando que a aceitação do eu possa ser o caminho para que os membros comecem também a aceitar-se como indivíduos, vivendo a condição de hipertensão arterial em todas as suas possibilidades, o que significa considerar as próprias dificuldades do processo de vivê-la.

Evitei qualquer postura verticalista, coercitiva, paternalista. A partir do que foi expressado, incentivei a complementação por outros participantes que viessem acrescentar mais alternativas de resoluções ou de minimização do agravo à saúde. Encaro minhas contribuições como eficazes a partir do momento em que elas se dão como um processo de troca e de complementação acerca dos temas emergidos, jamais como uma aderência de conhecimentos alegóricos que ocultam o desvendamento das condições objetivas de vida do grupo. Esta modalidade não exclui a possibilidade de inclusão de informações teóricas já que elas aconteceram, nesta experiência, nos momentos em que se fizeram necessárias para o preenchimento das necessidades apontadas pelo grupo. As informações não se deram em separado, elas foram acontecendo contínua e cotidianamente nos encontros.

O desenvolvimento deste grupo de convivência demonstrou que a facilitação das interações interpessoais através de troca de experiências pode ser valiosa junto aos usuários do sistema de saúde nas mais diferentes situações, contemplando ações de promoção, de prevenção ou controle de doenças estendendo a outros níveis para além deste aqui descrito, tais como, grupos de gestantes, famílias, adolescentes e etc.

Acredito que esta experiência de formar um grupo em condição crônica possa estimular reflexões sobre a vastidão da exploração de grupos para a prática de enfermagem. Estive a refletir que a partir desta descrição, enfermeiros possam se sentir encorajados e estimulados à leitura destas modalidades grupais

referenciadas ou até de outras, obviamente de acordo com sua maneira de perceber, sentir e atuar na prática de enfermagem.

Outra contribuição pode ser a reflexão, exploração, e o encorajamento para que enfermeiros que já trabalham com grupos ou que desejam vir a se engajar numa proposta de grupo aprofundem-se sobre as possibilidades das etapas do processo de formação num campo grupal, escrevam suas experiências.

Em relação à Unidade de Saúde onde desenvolvi a prática, os funcionários relatam que as pessoas hipertensas estão mais tranquilas e estabeleceram uma relação mais aberta com a Unidade de Saúde; de modo geral referem-se ao desenvolvimento do grupo satisfatoriamente conforme verbalizam o fato de eu ser persistente, não ter tido pressa e que, com conversas, se consegue fazer um bom trabalho. Acredito que todo este entendimento quando eles se referem a não ter pressa, as conversas têm a ver com as estratégias utilizadas para desenvolver a dimensão educativa pretendida ao longo deste trabalho.

Consciente do meu esforço para que esta convivência se desse na vanguarda do grupo os temas emergentes daí decorreram. Eles não surgiram da minha pré-conceituação, de hipóteses, ou de manipulação catártica e sim da lucidez e da autenticidade viva do ritmo daqueles que o expressaram no aqui e o agora do processo de viver suas próprias vidas. Tanto os temas abordados como o ritmo do grupo não estiveram à prova para validar este ou aquele objetivo ou pressuposto quando busquei referencial teórico para a origem e a gênese da hipertensão arterial. Os temas foram apenas facilitados e daí surgiram, de circunstâncias de vida atuais ou passadas que, de alguma maneira, interagem com a situação de doença atual.

A validação do processo experiencial de enfrentamento foi confirmada nas diversas situações de dinâmica grupal pois, se tratando de um grupo homogêneo na condição de pessoas com hipertensão arterial, as trocas de experiências comuns aconteceram e serviram de suporte na medida em que cada

indivíduo, apesar de viver a mesma condição, é único, com uma individuação própria e, disto surgem várias maneiras de vivenciar uma mesma situação, o que a enriquece e torna uma mesma experiência com várias possibilidades, o que eu interpreto como efeito terapêutico de ensino e aprendizagem.

Tenho a convicção de que este efeito terapêutico de ensino aprendizagem está intimamente ligado com a maneira através da qual me propus a facilitar o grupo: de não ter pressa, como nos moldes da educação tradicional, em que a atuação profissional é exercida em forma de palestras ou conselhos. Recordo-me de uma participante que, no início da formação do grupo, estava com a pressão elevada e a cada dia ganhando mais peso. Num encontro quando se abordou os temas alimentação e a pressão arterial, os rumos foram para a importância de se fazer caminhada. Cada um expressou o motivo do porquê não caminhava; ela, especificamente, colocou que gostaria, porém saía de casa às 6:30 da manhã e retornava já quando estava escuro. Era um direito seu colocar, naquele momento, como impossível e dever meu, como facilitador, compreender que se alguma mudança pudesse ocorrer seria a longo prazo, depois de uma convivência com a troca de experiência daqueles que vinham se beneficiando das caminhadas, bem como em que condições as realizavam. As alternativas teriam que vir das suas condições concretas de vida atuais, ou até, quem sabe, das que ela pudesse mudar. Passado um ano ela já está fazendo caminhada todos os dias, saltando do ônibus antes e caminhando um trecho do itinerário a pé. Se esta alternativa é a melhor maneira, a mais justa, pode até ser questionável, mas é a primeira de muitas outras que eu acredito que virão.

Outra aprendizagem importante que obtive certamente desta longa caminhada junto ao grupo é sem dúvida trazida pela aceitação incondicional da pessoa e da relação empática estabelecida, que é aceitar a pessoa pelo que ela é e muito mais pelo que ela poderá vir a ser. Vivenciar este sentimento como nunca o tinha vivenciado tão plenamente trouxe mais do que nunca o entendimento e a

ruptura definitiva com o que Freire fala do profissional que se acha o messiânico em relação aos usuários ou educandos e que nada mais é do que reforçador da dominação. Aceitar as pessoas do grupo incondicionalmente e empaticamente significou conferir-lhe e fomentar-lhe aquilo que é de seu direito como cidadão e ser humano de direitos. Eu pude entender de uma vez por todas que posso me solidarizar a partir do que ele me confere como necessidade a ser satisfeita, o que é diferente de sentir pena pelo que eles ainda não são. Ao invés de sentir pena, eu aprendi a buscar, no diálogo com eles, a suscitar o que os impede de vir a ser aquilo que desejam, nunca o que eu desejo a partir do que eu sou. Isto não me confere a certeza da mudança mensurável que tanto me angustia mas, certamente, é uma semente da transformação possível.

A experiência com o grupo de hipertensos, a dinâmica da existência e desenvolvimento do grupo demonstrado em extratos de algumas reuniões e comentados até aqui, confirmam que o enfermeiro pode e deve ser estimulado a explorar mais as possibilidades e benefícios que a dinâmica grupal pode propiciar aos indivíduos na promoção, manutenção e recuperação da saúde física e mental, vista como um continuum, passível de ser modificada e adquirida, se desenvolvida na autêntica vanguarda do grupo, para não correr o risco de mistificar ou ocultar as causas e efeitos dos agravos à saúde e, conseqüentemente, a tomada de consciência e de suas potencialidades.

Uma lacuna neste processo de que estou consciente, é sem dúvida, quanto ao processo de avaliação desta experiência. Tomando contato com diversos autores no que diz respeito a métodos avaliativos, tive convicção dos métodos que não gostaria de utilizar. E para este momento e fase fica como processo avaliativo a própria descrição da experiência por mim apresentada segundo minhas percepções e extratos retirados dos encontros, que parecem demonstrar validação individual no momento em que foi expressada. Certamente, são apenas nuances positivas pois, para tal afirmação precisaria de dados que falassem a

favor dos efeitos terapêuticos desta experiência para si com efeitos estendidos nos prolongamentos de suas vidas nas relações com amigos, familiares e de trabalho o que não foi objetivo deste estudo.

Ficou claro, neste trabalho, do quanto o profissional de saúde pode colaborar como facilitador para favorecer o afloramento da cidadania como direito que esteve e continua calado nas pessoas que utilizam os serviços de saúde, decorrentes de um modelo de educação e educação em saúde que nega a capacidade de reflexão e ação dos homens. No desenvolvimento do grupo procurei criar um clima que pudesse favorecer o movimento reflexivo, crítico para favorecer ao grupo a possibilidade de criar soluções advindas da sua realidade concreta. Foi maravilhosa esta troca, perceber o quanto as pessoas, através de conhecer a vida do outro e deixar-se conhecer aos poucos foram refletindo a sua própria vida com possibilidade de novos rumos ou, em muitas vezes, até a constatação dos fatores que os impediam de buscar novas opções, novos rumos.

Gostaria de concluir que, um dos aspectos confirmados agora, depois de tudo o que foi até aqui descrito, a partir do vivido pelo grupo, é de que a pessoa hipertensa pode levar uma vida saudável e isto foi reiterado em diversas situações e nas falas dos participantes. O profissional de saúde tem uma grande contribuição para tal, o primeiro passo certamente é não reduzir a possibilidade de ser saudável a aspectos puramente biológicos, assim como, somente aos aspectos econômicos e sociais e, sim, inseri-la no todo da sociedade como algo conectado e coerente em seus vários elementos para a harmonização e integração passando pelo nível físico, emocional e intelectual.

Como outra conclusão, gostaria de dizer que esta convivência, particularmente, muito acrescentou ao meu próprio processo de viver a minha vida particular e profissional. Na minha vida pessoal certamente isto refletiu

porque sou um todo indissociável e assim estas mudanças me atingiram integralmente.

Ensinar e aprender com o grupo me fez buscar uma vivência mais autêntica e reflexiva com os desdobramentos da vida particular e profissional aprendendo a enfrentar o que certamente significa dizer ser mais flexível comigo com o outro rumo à busca de satisfação pessoal e profissional.

O Mestrado trouxe a possibilidade de tomar contato com diversas leituras, e, o mais importante, refletir juntamente com várias colegas acerca da nossa prática profissional, nas diversas situações da vida, como enfermeiras e docentes pertencentes a um departamento da Universidade Federal do Paraná. Todas as colegas desejavam outras alternativas para trabalhar a educação, e a educação em saúde, compromissadas com nosso grupo, com os discentes, pacientes, comunidade e sociedade rumo a uma prática que pudesse, indiscriminadamente, alcançar o maior número de pessoas, dentro de uma metodologia que não anulasse o processo de reflexão e ação a que todos os cidadãos têm direito e que a sociedade, na sua configuração dada, cada vez mais tem contribuído para alienar. Assim, o Mestrado é uma possibilidade de semear estes processos de mudança, já que os docentes, ao tomar contato com estas experiências, já as estão levando consigo para a graduação na formação de novos profissionais, que assim vão se multiplicando. Eu acredito nisto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANHA, M.L.A. **Filosofia da educação**. São Paulo : Moderna, 1993.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.
- BACCARO, A. **Vencendo o stress: como detectá-lo e superá-lo**. Petrópolis :Vozes, 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças - Vasculares. **Controle da hipertensão arterial : uma proposta de integração ensino- serviço**. Rio de Janeiro : CDCV/NUTES, 1993.
- CAMPOS, P. E. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO DE F^o, Júlio. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- CLARCK, M. Stress and coping : construts for nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. n.9, p.3-13, 1984.
- CORDEIRO, R. Hipertensão e ocupação: algumas considerações a respeito da epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica entre os trabalhadores. **Saúde em debate**. Londrina, v.32, p.53-56, 1991.

COUTO, A.A. Mandamentos do tratamento da hipertensão arterial: 1991 a 2000. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, Rio de Janeiro, v.65,n2,p.89-90,mar/abr,1991.

ELSEN, I. **The relationship between self help groups and health professionals**. San Francisco, 1982. texto mimeografado.

EPSTEIN, M.; OSTER, J.R. **Hipertensão: uma abordagem prática**. São Paulo : Andrei, 1990.

FONSECA, A.H.L.da. **Grupo: fugacidade, ritmo e forma : processo de grupo e facilitação na psicologia humanista**. São Paulo : Agora, 1988.

FONTANA, D. **Estresse: faça dele um aliado e exercite a autodefesa**. 2.ed.São Paulo : Saraiva, 1994.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 11.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 21.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia da esperança : um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 3.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992.

GAHAGAN, J. **Comportamento interpessoal e de grupo**. Rio de Janeiro : Zahar,1976.

GRINBERG, L, et al. **Introdução às idéias de Bion**. Rio de Janeiro : Imago, 1973.

- HAMBURG, D.A. A perspective ou coping behavior. **Archives of. General Psychiatry**, Chicago, v.17, sept. 1974 .
- HYMOVICH, D. P.; HAGOPIAN, G. A. **Chronic illness in children and adults**. Philadelphia : Saunders, 1992.
- LABBATE, S.; SMEKE, E. de L. M.; OSHIRO, J. H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Revista de Saúde em Debate**. Londrina, n.37, 1992.
- LAGANÁ, M. T. C. **A educação para a saúde : o cliente como sujeito da ação**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.1, n23, p.149-152, abr.1989.
- LANDMANN, J. **As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência** Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.
- LANE, S. T. M. et all. **Psicologia social: o homem em movimento**. 4 ed., 1986.
- LAZARUS, R, FOLKMAN, S. The concept of coping. In: MONAT; A e LAZARUS, R.S. ed. New York: Columbia University Press, 1991.
- LEPARGNEUR, H. **O despertar dos doentes: auto responsabilidade e participação na gestão de saúde**. Rio de Janeiro : Achimé, 1986.

- LIPP, M; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso.** São Paulo: Papyrus, 1994.
- LUZ, M. **A Educação para a saúde e as instituições de saúde e educação.** Rio de Janeiro, 1980. texto mimeografado.
- MACHAFFIE, H. E. Coping: an essential element of nursing. **Jornal of Advanced Nursing**, Oxford, n. 17, p.933-940, 1992.
- MAILHIOT, B. G. **Dinâmica e gênese dos grupos.** São Paulo : Duas cidades, 1991.
- MIGLIORI, R. **Paradigmas e Educação.** São Paulo : Aquariana,1993.
- MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.8, n.2,abr/jun.1992.
- MONAT, A.; LAZARUS, S. R. **Stress and coping: stress and coping, some current issues and controversies.** 3.ed.New York : Columbia University Press, 1991.
- MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal.** 3 ed. Rio de Janeiro : LCT, 1985.
- NASCIMENTO, E. S. do.; REZENDE, A. L. M. de. **Criando histórias aprendendo saúde.** São Paulo : Cortez, 1988.

OLIVIERI, D. P. **O ser doente : dimensão humana na formação do profissionalde saúde.** São Paulo : Moraes, 1985.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde.** Governo do Paraná. Secretaria da Saúde do Paraná. Instituto de Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde. Paraná, 1994.

REZENDE, A. Muniz de. **Concepção fenomenológica da educação.** São Paulo : Cortez, 1990.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A.C.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática : via estresse e trabalho. In: MELLO DE F, Júlio. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro.** 7.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1994.

_____ **Tornar-se pessoa.** 4.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1991.

SAVIANI, D. **Do senso comum à consciência filosófica.** 11 .ed. São Paulo: Autores Associados, 1992.

_____ **Escola e Democracia.** 27 .ed. São Paulo. Editora Autores Associados, 1994.

SCHATZMANN; L, STRAUSS. A, **Field research.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentics Itall, Mesneger, 1973.

- SPARACINO, J. Blood pressure, stress and mental health. **Nursing Research**, Nova York, v.31, n.2, p.89-94, 1982.
- SPRADLEY, J.P. **Participant observation**. New York : 1980. 195p.
- STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação em saúde. In : VALLA, Victor V.;STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação popular, educação e saúde : teoria e prática**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1993.
- TRENTINI, M; SILVA, D.G.V.da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto Contexto Enfermagem**., Florianópolis, v 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez/1992.
- TRENTINI, M.; DIAS, L. P.M. Casa Vida y salud - um nuevo horizonte de investigación, en el Brasil. Chile. **Revista. Horizonte de Enfermeria**, v.6, p.23-26, 1996.
- VALLA, V. V.; STOLTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde : teoria e prática**. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1993.
- ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. PortoAlegre : Artes Médicas Sul, 1993.