

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA MACEDO MELO

**A TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM SALA DE ESPERA EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

GOIÂNIA, 2014

JULIANA MACEDO MELO

**A TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM SALA DE ESPERA EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no Cuidado à Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica e desenvolvimento de tecnologias para a produção do conhecimento e para o cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Professora Dr^a. Elizabeth Esperidião

GOIÂNIA, 2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

M528a Melo, Juliana Macedo.
A tecnologia de intervenção grupal em sala de espera em um serviço de saúde mental [manuscrito] / Juliana Macedo Melo. - 2014.
xv, 110 f. : il., figs, tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2014.

Bibliografia.
Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.
Apêndices.
1. Serviços de saúde mental – Enfermeiros 2. Saúde mental – Intervenção grupal 3. Saúde mental – Assistência I.

Título.

CDU:616.89:614.253.5

FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA MACEDO MELO

A TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM SALA DE ESPERA EM UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás
Presidente da banca e Orientadora

Prof^a. Dr^a. Roselma Lucchese
Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão
Membro efetivo, Externo ao Programa

Prof^a. Dr^a. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás
Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Membro suplente, Externo ao Programa

Prof^a. Dr^a. Ana Lucia Queiroz Bezerra
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás
Membro Suplente

Ao mestre, instrutor e amigo Dr. Augusto Albuquerque.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Elizabeth Esperidião pelo acolhimento, amizade e parceria; pela compreensão, sem dizer dos momentos juntos compartilhados; por preciosas orientações, as quais me legaram um rico aprendizado e por ter me oportunizado desenvolver este trabalho tão importante para mim. Seu exemplo de pessoa será sempre uma referência em minha vida.

Aos meus pais, Lilia e Jurandir, por acreditarem sempre no potencial que a educação possui e por isso, incitar e investir nos meus estudos. Pois são exemplo de coragem, persistência, humildade, sabedoria e alegria. Obrigada pelo apoio e por todas as preces.

Ao meu marido, Dionatã Jiordano, pelo companheirismo e apoio constantes. Obrigada pela paciência, incentivo, conselhos e permanecer ao meu lado em todas as minhas escolhas. Você é o meu orgulho.

À minha amiga Enf^a. Nathália Silva pelo exemplo de determinação e competência. Obrigada por sua amizade, parceria e incentivo, sempre muito estimulantes.

A todos os usuários do CAPSad, os quais foram minha inspiração para desenvolvimento deste estudo e são meu ânimo diário em busca da melhoria das minhas ações. Muito obrigada pela importante contribuição e disponibilidade.

À equipe multiprofissional do CAPSad, em especial a Karla Mércia, Rosimeire Peixoto, Inês Rodrigues e Eliete Fernandes, por acreditarem na proposta deste trabalho, à parceria, encorajamento e disponibilidade.

Às professoras Lizete Malagoni e Ana Lúcia Queiroz, pelas ricas contribuições no exame de qualificação, apoio e atenção.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação/Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás pelos ensinamentos e contribuições para minha formação como pesquisadora.

*O importante não é estar aqui ou ali, mas ser.
E ser é uma ciência delicada
feita de pequenas grandes observações do
cotidiano, dentro e fora da gente.
Se não executamos estas observações,
Não chegamos a ser, apenas estamos
e desapareceremos.*

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
RESUMO	11
ABSTRACT	12
RESUMEN	13
APRESENTAÇÃO	14
1. DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	16
2. OBJETIVOS.....	23
3. REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 MUDANÇA DE PARADIGMA	26
3.2 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	30
3.3 A TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM SALA DE ESPERA	32
3.4 UM BREVE OLHAR SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	35
4. METODOLOGIA	40
4.1 TIPO DO ESTUDO	41
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	41
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	45
4.4 CONTEXTO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO: PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DA TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM SALA DE ESPERA	46
4.5 COLETA DE DADOS.....	48
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	50
4.7 PRECEITOS ÉTICOS	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1 ARTIGO 1	56
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM SALA DE ESPERA: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA	56
5.2 ARTIGO 2	73
AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA GRUPAL EM SALA DE ESPERA NUM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	73
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7. REFERÊNCIAS.....	96
8. APÊNDICES	103
9. ANEXOS	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de atendimento no CAPSad de um município do interior do Estado de Goiás, 2014.....	42
Figura 2. Procedimentos para análise qualitativa segundo Lüdcke e André (1986) com a utilização do <i>software</i> ATLAS.ti 6.2	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATLAS.ti – *Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache. Text interpretation.*

a.C. – Antes de Cristo.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSad– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAQDAS – Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software.

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição.

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

INCB - *International Narcotics Control Board.*

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PST – Projeto Singular Terapêutico.

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental.

SDA – Síndrome da Dependência do Álcool.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime.*

RESUMO

Pesquisa de natureza descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do interior do Estado de Goiás, cujos participantes foram os usuários do serviço. Objetivou avaliar a tecnologia de intervenção grupal em sala de espera como estratégia para atendimento. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2013, por meio de três formas: observação participante nos grupos de sala de espera; instrumento tipo *check-list* com base no Q-sort de fatores terapêuticos descritos por Yalom (1975); entrevistas individuais com os participantes dos grupos de sala de espera. Participaram deste estudo 160 pessoas. Os dados foram submetidos à análise temática, segundo os pressupostos de Lüdke e Andre (1986), com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2. Os resultados são apresentados na forma de dois artigos científicos: *Intervenção de enfermagem em sala de espera: uma experiência exitosa e, Avaliação da tecnologia grupal em sala de espera num serviço de saúde mental*. Os resultados evidenciaram que a tecnologia grupal em sala de espera proporcionou momentos de reflexão, conhecimento, aprendizado, escuta e trocas. Contribuiu para elucidar a articulação entre o saber teórico com a prática assistencial sobre funcionamento e estruturação de grupos em sala de espera. Demonstrou ser um espaço potencial e valoroso para o desenvolvimento de ações educativas e de suporte coordenadas pelo enfermeiro, aos usuários de um serviço de saúde mental. Foi identificada, também, a presença de todos os fatores terapêuticos investigados, em ambas as perspectivas, do usuário do serviço e dos profissionais que conduziam o atendimento em sala de espera. Desta forma, a intervenção grupal em sala de espera favoreceu a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudaram os participantes no enfrentamento das situações de crise e, também, permitiram o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes e, ainda, espaços terapêuticos de tratamento e educação em saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem. Assistência à Saúde. Grupos de Apoio. Serviços de Saúde Mental. Saúde Mental.

ABSTRACT

Search descriptive-exploratory qualitative approach of the convergent type developed in a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad) in the state of Goiás, in which participants were users of the service. Aimed to evaluate the technology group intervention in the waiting room as a strategy for care. Data collection occurred from February to May 2013, through three ways: participant observation groups in the waiting room; instrument check-list type based on the Q-sort of therapeutic factors described by Yalom (1975); individual interviews with group participants waiting room. The study included 160 people. The data were subjected to thematic analysis according to the assumptions of Lüdke and Andre (1986), with the aid of ATLAS.ti 6.2 software. Results are presented as two papers: *Nursing intervention in the waiting room: a successful experience* and *Evaluation of group technology in the waiting room in a mental health service*. The results showed that the technology group in the waiting room provided moments of reflection, knowledge, learning, listening and exchanges. Helped to elucidate the relationship between the theoretical knowledge with practical assistance on structuring and functioning of groups in the waiting room. Shown to be a potential and valuable for the development of educational and support coordinated by the nurse, users of a mental health service space. Was also identified by the presence of all therapeutic factors investigated in perspectives, service user and professionals who conducted the service in the waiting room. Thus, the intervention group in the waiting room favored the action of certain therapeutic factors that helped participants in coping with crisis situations and also allowed the exercise of citizenship, freedom of expression and the coexistence of different and also therapeutic opportunities for treatment and health education.

Keywords: Health Care. Support Groups. Mental Health Services. Mental Health.

RESUMEN

Buscar enfoque cualitativo exploratorio descriptivo del tipo convergente desarrollado en un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas (CAPSad) en el estado de Goiás, en el que los participantes eran usuarios del servicio. Tuvo como objetivo evaluar la intervención de grupo de tecnología en la sala de espera como una estrategia para la atención. La recolección de datos tuvo lugar entre febrero y mayo de 2013, a través de tres vías: los grupos de observación de los participantes en la sala de espera; instrumento tipo *check-list* basado en el Q-sort de factores terapéuticos descritos por Yalom (1975); entrevistas individuales con los participantes del grupo de la sala de espera. El estudio incluyó a 160 personas. Los datos fueron sometidos a análisis temático de acuerdo con los supuestos de Lüdke y André (1986), con la ayuda de *software* ATLAS.ti 6.2. Los resultados se presentan como dos documentos: *La intervención de enfermería en la sala de espera: una experiencia exitosa* y *De evaluación de la tecnología del grupo en la sala de espera en un servicio de salud mental*. Los resultados mostraron que el grupo de la tecnología en la sala de espera proporciona momentos de reflexión, el conocimiento, el aprendizaje, la escucha y el intercambio. Ayudó a esclarecer la relación entre los conocimientos teóricos con la asistencia práctica en la estructuración y funcionamiento de los grupos en la sala de espera. Mostrado a ser una potencial y valiosa para el desarrollo de la educación y el apoyo coordinado por la enfermera, los usuarios de un espacio de servicios de salud mental. También se identificó la presencia de todos los factores terapéuticos investigados en ambas perspectivas, usuario del servicio y los profesionales que realizaron el servicio en la sala de espera. Por lo tanto, el grupo de intervención en la sala de espera a favor de la acción de ciertos factores terapéuticos que ayudaron a los participantes de hacer frente a situaciones de crisis y también permitieron que el ejercicio de la ciudadanía, la libertad de expresión y la coexistencia de diferentes y también oportunidades terapéuticas para el tratamiento y la educación para la salud.

Palabras-clave: Salud. Grupos de Apoyo. Servicios de Salud Mental. Salud Mental.

APRESENTAÇÃO

Nos últimos cinco anos tive a oportunidade de atuar em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), vivenciar as profundas transformações na assistência em saúde mental no Estado de Goiás e, participar do processo de construção para adequar o serviço, no qual componho a equipe, à nova estrutura assistencial.

Vivenciando as transformações na assistência em saúde mental e participando do processo de readequação dos serviços ao modelo de atenção psicossocial, verificou-se a necessidade de implementação de um plano estratégico a fim de reestruturar as atividades de um CAPSad do interior do Estado de Goiás.

Tendo em vista as orientações da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), esse processo foi iniciado em 2011 em decorrência da reflexão dos profissionais de saúde com relação às suas práticas lá desenvolvidas. Havia, portanto, a necessidade e o desejo de implantar novas atividades no serviço, priorizando as demandas biopsicossociais dos usuários.

Uma das ações deste plano de reestruturação foi a criação do atendimento em sala de espera. Essa prática iniciou-se com um projeto de intervenção intitulado *“Implementação da sala de espera em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas”*, desenvolvido durante minha participação no Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde Mental pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, em 2011.

A tecnologia de intervenção grupal em sala de espera foi escolhida por tratar-se de uma estratégia que possibilita o atendimento pelo enfermeiro à usuários, familiares e acompanhantes - ao mesmo tempo -, proporcionando um ambiente acolhedor e propício à escuta e ao diálogo através da interação entre os participantes.

Desde então, os atendimentos têm sido coordenados por mim, enfermeira, e por mais duas profissionais da equipe (técnicas em enfermagem, sendo que uma delas também possui formação em terapia ocupacional).

Decorridos dois anos desse tipo de atendimento no referido serviço, tornou-se necessário avaliá-lo através da identificação da presença de fatores

terapêuticos, na perspectiva do usuário e dos coordenadores do grupo de sala de espera, uma vez que se constitui como uma das ações da assistência em saúde mental voltadas à avaliação da efetividade do atendimento e efetivação do modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde.

A partir dessa nova e atual forma de cuidar do sujeito em sofrimento mental, surgiu a proposta deste estudo, com o intuito de elucidar uma prática de cuidado em enfermagem às pessoas que possuem problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, seus familiares e acompanhantes, a partir de uma descrição e avaliação sistemática dessa prática.

O estudo encontra-se descrito por meio de uma breve introdução que apresenta a proposta, justificativa e objetivos deste trabalho; seguido da construção da revisão da literatura para a compreensão do objeto de pesquisa dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma contextualização do cuidado psicossocial em saúde mental no Brasil, passando por alguns marcos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a importância do enfermeiro nesse novo cenário. No segundo, destaca-se o papel dos CAPS para o cuidado psicossocial. O terceiro capítulo aborda a estruturação da tecnologia de intervenção grupal em sala de espera. E, o quarto capítulo procura discorrer sobre o consumo de álcool e outras drogas.

Na sequência, será apresentado o percurso metodológico de forma lógica, cronológica e com todos os detalhes que permitam a análise crítica dos dados encontrados. Por fim, os resultados serão expostos em formato de artigos, atentando para os objetivos da pesquisa.

1. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Toda a história da psiquiatria foi marcada por preconceitos, tabus e estigmas. Os portadores de doenças mentais não tinham direitos e por muitos anos foram tratados como possuídos por demônios, bruxos, loucos ou animais. Sendo diferente do padrão que a sociedade exigia ao longo das gerações, eram obrigatoriamente isolados, trancados, enjaulados, torturados, violentados em todos os seus direitos como seres humanos.

Através dos movimentos sociais, a partir da década de 1970, no Brasil, alguns membros da sociedade começaram a dizer não para a violação dos direitos da população. A Reforma Psiquiátrica marcou a história, trazendo novos conceitos e novos olhares para a loucura e para o cuidado do portador de transtornos mentais (AMARANTE, 1996).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um movimento de caráter político-sócio-cultural, fortalecido pela Lei 10.216, do deputado Paulo Delgado, a qual propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva das instituições manicomiais no país (AMARANTE, 1996). Contou com a participação de profissionais de saúde, comunidade, portadores de transtorno mental e seus familiares, buscando a substituição do modelo hospitalocêntrico e medicalocêntrico por práticas terapêuticas na perspectiva da valorização do sujeito em sua singularidade, tornando-o responsável pelo seu tratamento, com vistas à autonomia e cidadania.

A mudança no modelo de atenção à saúde mental no Brasil teve como ponto de partida as Conferências de Saúde Mental realizadas em 1987 e 1992, num contexto de Reforma Sanitária Brasileira, em tempos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE, 1996).

Essa transição na história trouxe a esperança para as pessoas que sofrem com a doença mental, proporcionando novas formas de cuidado, alternativas de tratamento, reinserção na sociedade, garantia da cidadania, da autonomia, do protagonismo e dos direitos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram diante das mudanças no modelo de atenção à saúde, com a finalidade de ampliar o olhar para as pessoas com transtorno mental, procurando proporcionar uma nova roupagem para o tratamento, dando-lhes a oportunidade de se expressar e serem autores de sua história (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Estes serviços constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico pelo serviço extra-hospitalar caracterizado por prestar assistência no âmbito psicossocial. Este serviço é componente estratégico de uma política destinada a diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves, visando o cuidado, o tratamento, a integração social, a cidadania e a autonomia dos usuários do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nos CAPS, o cuidado é realizado valorizando-se as atividades coletivas, haja vista a sua proposta de inserção social dos usuários, a participação das famílias no processo de tratamento e a vinculação territorial do serviço. Dessa forma, espera-se que as equipes de saúde forneçam novas formas de acolhimento humanizado à assistência e compartilhem com o usuário e a família deste, tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção, estabelecendo uma relação de parceria no cuidado de pessoas em sofrimento mental (ASSIS et al, 2010).

Para os indivíduos cujo sofrimento mental é causado primariamente pelo abuso de substâncias psicoativas, passaram a existir, a partir de 2002, os CAPS álcool e drogas (CAPSad). Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, possibilitando o planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua. Permite ainda, intervenções precoces, minimizando o estigma associado ao tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPSad desenvolvem uma variedade de atividades que vão desde o atendimento individual como acolhimento, consulta de enfermagem, consulta psiquiátrica, orientação e psicoterapia; até atendimentos em grupo, como grupos de família, grupos psicoterapêuticos, grupos informativos, terapia comunitária, oficinas terapêuticas, sala de espera e visitas domiciliares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Considerando as necessidades dos usuários do serviço, o atendimento em sala de espera é uma das intervenções que dispõe do intuito de garantir a aproximação, cada vez maior, entre a comunidade e os serviços de saúde. Na sala de espera a equipe possui a oportunidade de desenvolver atividades que ultrapassam o simples cuidar, como por exemplo, a educação em saúde por meio

de ações educativas e preventivas, estimulando as interações dinâmicas entre usuário, família e equipe multiprofissional (RODRIGUES et al, 2009; PONTES et al, 2006).

O trabalho de educação em saúde possibilita aos profissionais da área atuar na melhoria e aumento do conhecimento das pessoas, para que assim elas comecem a desenvolver juízo-crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas, no ambiente e na comunidade onde vivem e, assim, desvelar condições para se apropriarem de sua própria existência (RUIZ; LIMA; MACHADO, 2004).

As atividades realizadas na sala de espera transformam o tempo ocioso em tempo de trabalho. As vivências são compartilhadas, a expressão é incentivada e os conteúdos solicitados pelos participantes são informados de forma prática e informal (IVANCKO, 2004).

Aproveitando-se de uma das várias experiências dos alunos e professores de enfermagem psiquiátrica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), constatou-se que a estratégia de atendimento na sala de espera reduziu o estresse e a ansiedade dos usuários, possibilitando também, oportunidades de estabelecer reciprocidade por meio das relações interpessoais (ESPERIDIÃO; OLIVEIRA; PONTIERE, 1992). Os usuários conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as diversidades emergem da interação que ocorre por meio da comunicação (TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Promover saúde implica em lançar mão de técnicas que possibilitem mudanças e se fundamentem no fortalecimento das relações humanas. É primordial criar novas estratégias para o trabalho em saúde, as quais devem permitir o desenvolvimento de ações exequíveis e efetivas para os objetivos a que se propõem. A cada dia, os profissionais enfermeiros são convocados para a necessidade de estender o foco de sua assistência, não somente ao paciente em si, mas também aos familiares e acompanhantes deste, além da comunidade em geral (OLIVEIRA, 2006).

Contudo, o grupo de sala de espera precisa ser estimulado e adotado como um recurso teórico e prático, problematizador na formação da equipe multiprofissional que compõe os serviços de saúde. É uma estratégia que contribui para: a promoção do bem estar; a prevenção de agravos; os diagnósticos dos problemas da instituição nas relações usuário, família e profissionais; melhor resposta e participação dos usuários nas atividades

oferecidas pela instituição de saúde; encaminhamentos para outras atividades e serviços em saúde, conforme demanda e necessidades do cliente; satisfação e melhoria da qualidade da assistência oferecida pela equipe multiprofissional ao cliente de forma acolhedora, humana e integral (TEIXEIRA, DAHER, 1999).

Embora não seja uma prática rotineira para todos os enfermeiros, o trabalho com grupos pode ser uma estratégia eficiente para o atendimento de diversas necessidades do cliente. A tecnologia de grupo é útil também para o desenvolvimento de socialização, aprendizagem de autocuidado, oferecimento de apoio em situações de crise e alívio dos sentimentos, possibilitando trocas de experiências e reflexões sobre si mesmo e para com o outro (OLIVEIRA, 2006).

Não obstante, como em toda intervenção terapêutica, os participantes podem não se beneficiar com o grupo. A satisfação dos clientes é considerada um fator essencial para a avaliação da efetividade de um grupo terapêutico. O estudo da tecnologia de grupo pode ser facilitado pelo uso de ferramentas que permitam ajudar na explicação de como as pessoas mudam no grupo (MUNARI; FUREGATO, 2003; OSÓRIO, 2000).

Sendo assim, durante a participação em grupos, os integrantes vivenciam múltiplas experiências, todas significativas. E são estas vivências que podem propiciar a transformação da compreensão dos fatos da vida, fazendo com que o paciente adquira atitudes mais saudáveis, as quais o auxiliarão no enfrentamento dos problemas. Os mecanismos que possibilitam esse processo de mudança são chamados de fatores curativos ou terapêuticos e sua ocorrência no decorrer dos grupos permite avaliar a eficácia dos mesmos em proporcionar experiências com valor terapêutico aos seus participantes (YALOM, 1975; YALOM, LESZCZ, 2006).

As ações profissionais em grupo até então desenvolvidas no CAPSad estudado tinham tão somente a atuação de profissionais da Psicologia, sem envolvimento dos demais membros da equipe de saúde. Nenhuma outra estratégia de intervenção desta natureza era oferecida aos usuários do serviço, sendo possível perceber certa ociosidade de tempo por parte da equipe, especialmente pela falta de estruturação das atividades multiprofissionais disponíveis nos diversos horários para permitir maior flexibilidade e participação do usuário.

Desta forma, verificou-se a necessidade de ampliar e reformular as atividades multiprofissionais desenvolvidas no serviço, oferecendo outras opções

de intervenções multiprofissionais ao usuário com intuito de alcançar a melhor resposta terapêutica e a participação no tratamento, na perspectiva da assistência humanizada, que também prevê resolubilidade das ações oferecidas.

Com o propósito de reestruturar as atividades multiprofissionais oferecidas, na busca de maior flexibilidade, variação e melhor resposta terapêutica, e participação dos usuários no serviço, foi desenvolvido um plano estratégico que conta com grupos de intervenção multiprofissionais, a saber: grupos psicoterapêuticos (múltiplas drogas e álcool); grupo informativo; grupo de família; terapia comunitária; oficinas terapêuticas (terapia ocupacional); oficina de geração de renda; grupo de mulheres; grupo de redução de danos e sala de espera.

Sendo assim, em 2011, foi implantado os atendimentos em sala de espera no serviço ora investigado, a partir de um projeto de intervenção desenvolvido durante a capacitação no Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde Mental desta estudiosa.

Neste estudo foi possível considerar que as intervenções desenvolvidas nos encontros da sala de espera puderam proporcionar espaços de reflexão, conhecimento, aprendizado, escuta e trocas. Contribuiu para a aproximação, interação e vínculo do cliente com os diversos profissionais da equipe, promovendo reflexões sobre o funcionamento da unidade, possibilitando um olhar integralizado e uma avaliação multiprofissional do cliente, além da otimização das discussões e reelaboração de ações individuais e coletivas no serviço (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2011).

Desta forma, foi proposto nesta atual investigação, verificar se a tecnologia de grupo na sala de espera é uma estratégia favorável para o acolhimento e assistência ao cliente dependente químico do CAPSad, de forma a proporcionar uma modalidade de atendimento socializador na tentativa de atender de maneira resolutiva as necessidades do sujeito. Nesse contexto, foi feita a avaliação de eficácia do atendimento baseada na identificação dos fatores terapêuticos descritos por Yalom e Lezcz (2006) presentes nos atendimentos em grupo.

Dispõe-se como perspectiva, que este estudo contribua com conhecimentos a partir da experiência quanto à atuação do enfermeiro na assistência em grupos de suporte, visto que este profissional se dedica com

pouca ênfase às atividades desta natureza nos serviços de saúde mental de Goiás (SILVA, 2010; SILVA, 2012). De igual forma, poderá fortalecer a articulação e envolvimento dos profissionais no planejamento e execução das intervenções terapêuticas, favorecendo o ambiente de reflexão e discussão pela equipe multiprofissional acerca de suas ações possibilitando assim, adaptações, reformulações e melhorias na assistência.

Certamente, os frutos deste trabalho poderão proporcionar melhor adequação ao atendimento das necessidades de informação e apoio aos usuários do serviço em questão.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo Geral**

Avaliar a tecnologia de intervenção grupal em sala de espera como estratégia para atendimento aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás.

- **Objetivos específicos**

Descrever o planejamento e implementação dos atendimentos grupais em sala de espera para os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás.

Identificar fatores terapêuticos presentes nas intervenções grupais em sala de espera na perspectiva dos usuários e coordenadores do grupo em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do estado de Goiás.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Mudança de paradigma

O questionamento sobre instituição psiquiátrica tradicional ocorreu após a Segunda Guerra Mundial chegando ao seu final na década de 1970 com o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esse movimento levantou questionamentos do saber e da prática psiquiátrica. No Brasil, a década de 1990 foi marcada pela mobilização entre trabalhadores, familiares e usuários dos serviços psiquiátricos existentes. Com isso, surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial que objetivava questionar o modelo de assistência em saúde mental vigente e propor estratégias para sua transformação a partir da incorporação de um novo projeto político terapêutico que englobasse a desinstitucionalização e a inserção da reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico e o envolvimento da família do mesmo (COIMBRA et al, 2005, AMARANTE, 1996).

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade (TENÓRIO, 2002, p.55).

O movimento de Reforma Psiquiátrica surgiu com intuito de mudar a situação de exclusão social e a precária assistência ofertada ao portador de transtornos mentais. Com este movimento, houve a modificação na assistência psiquiátrica havendo a inclusão da família no projeto terapêutico dos usuários (JORGE et al, 2008).

A reforma traz desafios na construção de uma rede de atenção a saúde mental com assistência multiprofissional visando o cuidado humanizado, individualizado e a recuperação dos direitos e deveres do indivíduo em sofrimento psíquico. O objetivo é que as pessoas com transtorno mental possam ter uma assistência de caráter humanístico e social voltado para a recuperação e construção da sua cidadania (SANTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

Com o advento do paradigma psiquiátrico e a evidenciação da subjetividade, foi possível delinear a mudança do modelo hospitalocêntrico para a assistência integral e resolutiva, possibilitando um efetivo acompanhamento do sujeito em sua existência e considerando também as suas condições de vida (JORGE et al, 2008).

A legitimação do SUS e a reforma da assistência psiquiátrica trouxeram a necessidade de delinear uma rede de competências dos profissionais da assistência social, do biomédico, centrado no cuidado hospitalar, para o modelo psicossocial (VILELA; MORAES, 2009).

A reforma da assistência psiquiátrica transcreve outros modelos de amparo, como a reabilitação psicossocial, o modelo sistêmico e o holístico, os quais colaboram com a terapêutica e os princípios dos serviços abertos de saúde mental (VILELA; MORAES, 2009).

Com o advento do novo modelo psicossocial, surgiram outras possibilidades de tratamento para as pessoas com transtorno mental, emergindo da sociedade questões do tipo de como se relacionar com essa população. Para tanto, velhos modelos são retidos e outros são reinventados como novas formas de ver, tratar, se aproximar, colocar limites, ajudar, afastar, enfim, inter-relacionar em processo dialético de inclusão e exclusão social (SALLES; BARROS, 2013).

Reabilitação psicossocial é entendida prioritariamente como a reintegração do indivíduo na sociedade, no sentido de valorização de suas habilidades com a ajuda das pessoas que convivem com o mesmo problema na comunidade. É também um conjunto de atividades que podem ser realizadas com intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes psiquiátricos, um artifício que busca ajudar e restaurar o máximo possível da autonomia humana sanando as limitações no desenvolvimento de suas funções na comunidade. É uma estratégia de reconstrução da cidadania visando aumentar as habilidades das pessoas dentro de sua idoneidade, com a finalidade de inserção social. É uma medida que implica na mudança da política do serviço de saúde mental, a qual engloba todos da equipe multiprofissional, usuários, família e comunidade (SANTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Pinto e Ferreira (2010) a reabilitação psicossocial é interligada às políticas de saúde mental brasileira, portanto, uma importante ferramenta teórica e prática da Reforma Psiquiátrica, tendo como base de atuação os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que são serviços abertos de saúde mental. É um processo que oferece recuperação de indivíduos incapacitados ou deficientes em virtude do transtorno mental, propício a transformação de competências individuais e mudanças ambientais.

Restaurar a saúde mental baseia-se na habilidade de conviver socialmente, o que permite vivermos em comunidade, objetivando o preparo do doente mental para esta convivência e na autoaceitação como portador de doença mental. Para que ocorra a verdadeira reabilitação psicossocial, a família e a comunidade devem se envolver nesse processo (JORGE et al, 2008).

A reintegração psicossocial é organizada em três vértices da vida do paciente psiquiátrico, são elas: casa, trabalho e lazer. A família é considerada o quarto vértice para a reabilitação dos mesmos. As abordagens reabilitativas devem ser realizadas na rede social familiar, pois esta é mais concreta e definida para profissionais, pacientes e família, sendo importante para o usuário, pois através da mesma, este vai se inserir na comunidade. Este processo não vê a família como vítima ou cúmplice da doença psiquiátrica e sim como protagonista na reabilitação do paciente (COIMBRA et al, 2005).

Assim sendo, o indivíduo se insere na sociedade por meio da sua assimilação e participação em comunidade. As atividades desenvolvidas no dia-a-dia estão inteiramente ligadas à família e amigos, constituindo, dessa forma, a relação social. Por isso a necessidade de se trabalhar não somente com os usuários, mas também com a família e a comunidade na reinserção psicossocial (SALLES; BARROS, 2013).

A reintegração do paciente em sofrimento mental tem por objetivo a permanência do mesmo próximo à família e à rede social, cujo foco é o resgate da cidadania, trabalhando as dificuldades de familiares e usuários. A prática de enfermagem psiquiátrica também envolve prestação de diversos serviços ao indivíduo com sofrimento psíquico e sua família, pois de alguma forma o sofrimento desses sujeitos são atenuados com as intervenções de enfermagem no processo de reabilitação psicossocial, com isso a atenção de enfermagem deve ser voltada à família, comunidade e aos profissionais (COIMBRA et al, 2005).

Pelas singularidades existentes nos CAPS, a inclusão e a reabilitação se fazem eixos centrais. Nesse contexto, o serviço de enfermagem desempenha atividades de assistência individuais e coletivas com intervenções diretas e indiretas, as quais, muitas vezes, estão sendo ressignificadas nesse novo modelo para atender a complexidade da doença mental (KANTROSKI et al, 2010).

Assim sendo, podemos dizer que as atividades realizadas pelo serviço de enfermagem abrangem um campo bastante amplo, com caráter administrativo e assistencial. As atividades de caráter administrativo compreendem o controle de medicamentos e do estoque farmacêutico, supervisão e orientação do trabalho de enfermagem. Além da participação de grupos de discussão juntamente com equipe multidisciplinar, confecção de escalas, auxílio na direção dos serviços, entre outros (DIAS; SILVA, 2010).

Dentre as atividades de caráter assistencial estão a participação em grupos terapêuticos com usuários e familiares, administração de medicamentos, atividades artísticas, realização do acolhimento e da escuta, consulta de enfermagem e visita domiciliar, cuidados com a higiene e alimentação, e execução de exames (DIAS; SILVA, 2010).

Os grupos terapêuticos são meios que proporcionam a escuta e a valorização do sujeito com doença mental, permitindo o processo de identificação no qual o sujeito vê no outro o reflexo de sua própria realidade (KANTROSKI et al, 2010).

Outro instrumento neste processo de reintegração são as oficinas terapêuticas que, segundo o Ministério da Saúde se caracterizam como atividades grupais de socialização, expressão, inserção social e possuem por objetivo a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania, propiciando ao paciente a oportunidade de compartilhar com os demais os próprios sofrimentos (KANTROSKI et al, 2010).

Para tanto, é necessário que o enfermeiro membro da equipe de saúde mental tenha conhecimento de suas atribuições e saberes técnico. Constitui assim, um agente terapêutico no tratamento e reabilitação, e as representações que esse profissional tem dos usuários, inevitavelmente influenciam na qualidade de sua assistência (SOARES et al, 2011, VARGAS et al, 2013).

O Ministério da Saúde perfilha a formação de profissionais para ação integral, acesso universal, equidade, participação e controle social como fundamental para transformar a assistência à saúde (SPADINI; SOUZA, 2010).

A organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na promoção ao cuidado estabelece a utilização de tecnologias em saúde sendo elas: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves compreendem a forma

efetiva e criativa da percepção da subjetividade do outro a partir de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização da assistência à saúde, sendo a mais necessária aos serviços de saúde mental (JORGE et al, 2008).

A reintegração psicossocial possibilita inegavelmente a transformação na vida dos portadores de doença mental. Deve-se ter cautela na prática de reabilitação, para não repetir nos serviços abertos de saúde mental a assistência manicomial, pois está impregnada de segregação e violação dos direitos dos usuários(PINTO; FERREIRA, 2010).

3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial

No final da década de 1980 e início da década de 1990, com as transformações advindas da Reforma Sanitária Brasileira, surgiram experiências de assistência psiquiátrica, dentre as quais podemos citar a criação dos CAPS e NAPS. Esses passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde e são regulamentados pelas portarias/SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991 e nº 224 de 29 de janeiro de 1992 (DIAS; SILVA, 2010).

Quanto aos aspectos teórico-práticos do campo de atenção em saúde mental pode-se destacar a produção dos dispositivos de atenção à saúde mental, os CAPS. O Ministério da Saúde tem adotado essa estratégia com o intuito de prestar cuidado aos sujeitos com sofrimento psíquico e orientar suas famílias em um amplo território pressupondo a substituição dos hospitais psiquiátricos (CAMATTA et al, 2011).

O CAPS constitui a principal estratégia da Reforma Psiquiatria Brasileira, pois tende a oferecer práticas de cuidado em saúde mental de alcance interdisciplinar voltado para o atendimento clínico e personalizado das pessoas em sofrimento psíquico, em regime de atenção diária e também substitui assistências ofertadas no antigo modelo manicomial. A intersetorialidade e a resolutividade são premissas organizacionais do CAPS, demarcam o campo de atenção, além de possuir como conceito principal a indissociabilidade do cuidado holístico do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2007; SOARES et al, 2011).

Mediante a essa nova ferramenta, a saúde mental visa uma atenção integral, utilizando relações de cuidado como sua prática principal. O CAPS, em geral, visa atender todos os níveis de complexidade assistencial e com equipe

multidisciplinar. Aqueles deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; JORGE et al, 2008).

O CAPS compreende como dinâmica de funcionamento o trabalho em rede, pois concebe uma atenção integral no campo de saúde mental por meio de uma gestão participativa, de modo a ser efetivada em reuniões para discussão do processo de trabalho em que haja uma comunicação ampla de todos os colaboradores entre si e para com os usuários, uma vez que estes últimos tenham observada sua singularidade na assistência terapêutica (JORGE et al, 2008).

Atualmente busca-se uma assistência fundamentada no respeito ao ser humano e na garantia do seu direito social, valorizando-o como cidadão assim como toda sua família. Neste intuito, o CAPS tem função estratégica por oferecer diversos tipos de atividades terapêuticas como, psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, assim como atividades artísticas e orientações quanto a uso de medicamentos, não podendo esquecer o atendimento aos familiares e visitas domiciliares, o que possibilita a troca de experiência de forma saudável e terapêutica entre os usuários e a comunidade (SOARES et al, 2011).

Ainda destacam-se como atribuições do CAPS, acomodar demandas e a rede de cuidados em saúde mental, organizarem a porta de entrada da rede de assistência, supervisionar unidades hospitalares psiquiátricas, supervisionar e capacitar equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental (COSTA et al, 2011)

Sendo assim, surgiu a portaria nº 336/02, configurando o CAPS em eixos centrais de práticas em saúde mental e de acordo com sua capacidade e complexidade, sendo dividido em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantil (CAPSi) e CAPSad (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A equipe de atenção do CAPS deverá ser composta por médico psiquiátrico, médico clínico, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), e profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão); sendo que em cada modalidade de CAPS tem sua especificidade quantitativa de profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O CAPS tem um importante papel na atenção à saúde mental e se configura como umas das dimensões do cotidiano dos usuários, permitindo a permanência destes em seus lares, em contato com seus familiares e convívio social, possibilitando espaços de acolhimento, de escuta, de atenção e de apoio, pautando-se na manutenção e estabelecimento de novos vínculos e reinserção na sociedade, rompendo a lógica tradicional de aplicação focada na doença e entrando em pauta uma nova rede de cuidados, que trata a loucura no contexto humanizado e singular (NASI; SCHNEIDER, 2011).

3.3 A tecnologia de intervenção grupal em sala de espera

As salas de espera são espaços existentes nos serviços de saúde destinados a admitir e acolher seus usuários. É um território dinâmico, onde diferentes pessoas estão aguardando o atendimento pelo profissional de saúde. Pode ser inclusive, considerada um local propício ao início do processo de educação, que começará mesmo antes do atendimento ou consulta, pois é na sala de espera que o paciente se abre para interagir com o profissional que irá atendê-lo (TEIXEIRA; VELOSO, 2006; TÔRRES; PAULA; MIALHE, 2011).

Normalmente, as pessoas que se encontram em um ambiente de sala de espera não se conhecem e não possuem vínculo estável. Todavia, quando uma atividade é instalada pela ação da equipe multiprofissional, comumente, forma-se um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto. A formação das pessoas em grupo é mantida, naquele momento, pela iniciativa dos profissionais que iniciam o processo participativo de educação em saúde (ZIMERMAN; OSÓRIO, 2007; TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Nesse mesmo contexto, enquanto os clientes aguardam o atendimento, eles falam de suas aflições, de suas doenças, da vida cotidiana e da qualidade do atendimento na instituição. Sendo assim, é possível levantar os problemas vivenciados pelos usuários no que tange à qualidade e eficiência do cuidado oferecido pela equipe e a relação desta vivência com os sentimentos e conflitos gerados no momento da espera pelo atendimento. A partir desse levantamento cabe à equipe multiprofissional elaborar novas estratégias para melhoria do atendimento, de forma que os usuários sintam-se bem acolhidos, proporcionando um momento de escuta e trocas e, como consequência, a redução da ansiedade

e estresse vivenciados pelos mesmos no momento da espera pelo atendimento no serviço de saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

No momento em que é feito o planejamento de um trabalho com metas traçadas para ser executado com as pessoas presentes na sala de espera, o mesmo passa a ser considerado um grupo propriamente dito e, a partir dele, objetivo comum traçados pelos profissionais da saúde podem ser atingidos (TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

O grupo de sala de espera pode ser definido como intervenção junto às pessoas que esperam por outros atendimentos, num espaço específico de assistência a saúde estabelecida a partir da interação entre os participantes e de objetivos comuns a serem alcançados (SOUZA et al, 2011).

É necessário que o processo grupal tenha início, meio e fim, em outras palavras, início, desenvolvimento e avaliação (SOUZA et al, 2011; MUNARI, FUREGATO, 2003).

O primeiro momento pode ser chamado por várias denominações como quebra-gelo, aquecimento ou acolhimento. É neste momento que se estabelece o contrato de convivência no grupo, mostrando as normas internas e externas para que todos possam reproduzi-las em outros encontros, explicar a importância do sigilo nas relações e das informações ali discutidas e que a ética deverá prevalecer nas ações de cada participante. Devem ser consideradas as expectativas dos participantes e do coordenador, sendo importante sua avaliação e revisão constantes ou sempre que for necessário ajustar aspectos que não atendam o grupo como um todo (SOUZA et al, 2011; MUNARI, FUREGATO, 2003).

Detalhes como onde serão as sessões, horários, coordenadores, regras de comunicação, tamanho do grupo e demais aspectos do espaço físico deverão ser tratados no início de cada encontro, uma vez que facilitam o desenvolvimento da fase inicial da atividade (SOUZA et al, 2011; FERNANDES, 2007; MUNARI, FUREGATO, 2003).

O grupo de sala de espera não precisa ser realizado necessariamente em uma sala, mas em qualquer espaço dentro da instituição de saúde (sala, corredor, pátio). É um espaço popular, onde a equipe de saúde nem sempre permanece de modo constante. Nesse território, entre o público e o privado, aparecem subjetivações como expressões, vivências, espontaneidade e senso comum.

Neste sentido, apesar dos profissionais tentarem manter a ordem nesse espaço, o controle é parcial, devido ao seu caráter de transitoriedade, com fluxo variado e contínuo de pessoas. Entretanto, através da atividade de grupo em sala de espera, os técnicos da saúde passam a se inserir nesse espaço, desterritorializando-o, podendo interagir de modo dialógico com os clientes (TEIXEIRA; VELOSO, 2006; TEIXEIRA; DAHER, 1999).

Esta fase é uma das mais importantes, pois os coordenadores acolhem e conhecem as pessoas que chegam ao grupo. É válido ressaltar o fato de que considerando o fato de os participantes não se conhecerem, faz-se necessário o uso de crachás para que facilite a memorização dos nomes de cada pessoa e para que esta possa dizer como gostaria de ser chamada. Podem ser utilizadas técnicas para apresentação do grupo, de sensibilização ou acolhimento, para que todos que cheguem naquele local sintam-se acolhidos e pertencentes ao grupo (SOUZA et al, 2011).

A segunda fase ocorre quando se dá o desenvolvimento do processo grupal. O coordenador irá desenvolver o que ele propôs como objetivo ou atender as necessidades do grupo naquele encontro. Com a utilização de abordagens grupais, o coordenador usará técnicas ou não que servirão de base para os encontros subsequentes, formando assim o processo grupal a cada vivência de grupo (SOUZA et al, 2011; MUNARI, FUREGATO, 2003).

Nesta fase, o grupo volta-se em si mesmo, sendo possível notar a coesão grupal, que para Yalom (1975) é um fator terapêutico. A coesão grupal surge das forças de cada membro no sentido de pertencer ao grupo, seja para atender sua necessidade, pela consonância com objetivos e metas do grupo, pelos benefícios recebidos, ou da possibilidade de contribuir para melhoramento. Os participantes podem utilizar positivamente deste momento para aprofundar discussões no sentido de ser mais crítico e reflexivo quanto aos assuntos que permeiam as mudanças de comportamento e postura no grupo e fora dele (FERNANDES, 2007; MUNARI, FUREGATO, 2003).

Espera-se do coordenador, nesta fase, que promova a coesão grupal, gerindo o grupo de forma a não perder de vista os objetivos que o norteia e estar receptível as mudanças e agregação de novas ideias e posturas (FERNANDES, 2007; MUNARI, FUREGATO, 2003).

A avaliação é a finalização das duas primeiras fases. Ao terminar o grupo, deve-se avaliar o que foi feito e como foi feito. Pode-se perguntar aos participantes: como vocês estão saindo? Ao término do grupo, deve ser realizado um *feedback*, isto é, uma retroalimentação, quando questiona-se os participantes do grupo sobre o que foi vivenciado no mesmo, avaliando assim, todo o processo grupal. Verifica-se se o objetivo daquele encontro foi alcançado e o que pode ser melhorado para o próximo (SOUZA et al, 2011; MUNARI, FUREGATO, 2003).

3.4 Um breve olhar sobre o consumo de álcool e outras drogas

Desde que o homem existe sobre a Terra, ele vem procurando conforto, companhia e auxílio para seus males. Levantamentos arqueológicos e antropológicos evidenciam que toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de substâncias psicoativas. Por razões culturais, religiosas, entretenimento, como forma de lidar com as dificuldades, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar, o homem sempre se relacionou com as drogas (MacRae, 2001, ISSY, PERILLO, 2009; DUARTE, MORIHISA, 2010; ABREU, MALVASI, 2011).

Na pré-história os membros de diferentes culturas humanas já conseguiam usar as plantas e algumas substâncias de origem animal para gerar alterações de consciência com as mais diversas finalidades. Tábuas sumérias do terceiro milênio antes de Cristo (a.C.), cilindros babilônicos e hieróglifos egípcios mencionam os usos medicinais do ópio, inclusive, Homero fez referência em *Odisseia* como algo que "faz esquecer qualquer sofrimento" (MacRae, 2001).

O consumo do álcool remonta à pré-história e seu emprego como medicamento já era mencionado nas tábuas de escritura cuneiforme da Mesopotâmia em 2200 a.C.. Cerca de 15% dos quase 800 diferentes medicamentos egípcios antigos incluíam cervejas ou vinhos em sua composição (MacRae, 2001).

São também numerosas as referências ao vinho no Antigo Testamento, tal uso é citado em *Gênesis* quando Noé, após o dilúvio, plantou vinha e fez o vinho. Fez uso da bebida a ponto de se embriagar. Reza a bíblia que Noé gritou, tirou a roupa e desmaiou. Momentos depois, seu filho Cam o encontrou "tendo à

mostra as suas vergonhas”. Foi o primeiro relato que se tem conhecimento de um caso de embriaguez.

E como Noé era lavrador, começou a cultivar a terra, e plantou uma vinha. E tendo bebido do vinho, embebedou-se e apareceu nu na sua tenda. Cam pai de Canaã, achando-se neste estado, e vendo que seu pai tinha à mostra suas vergonhas, saiu fora e veio dizê-lo a seus irmãos [...] (Gênesis 9, 20:22).

O conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o uso de drogas evoluíram firmemente e muito se fundamentaram na relação humana com a bebida alcoólica, por ser ela a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos relacionados à saúde só foram mais investigados e tratados nos últimos dois séculos, predominando antes disso, visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como “possuídos por forças do mal”, portadores de falhas graves de caráter ou totalmente carentes de força de vontade para não cederem ao vício (DUARTE, MORIHISA, 2010).

Anteriormente ao século XIX, a dependência era considerada uma falha de caráter. Os dependentes consumiam a droga porque gostavam de fazê-lo e escolhiam ser indisciplinados, pecadores, ou seja, tinham a autonomia de optar se ingeriam ou não a droga (McKim, 2004).

As reformas sociais no século 19 mudaram essa visão. Entre eles, está a formação da Associação Americana para a cura dos Embriagados (*The American Association for the cure of Inebriates*) que, sustentada por médicos e legisladores, propalava que a dependência era uma doença e que os adictos deveriam ser tratados como vítimas e não como criminosos ou pecadores. A concepção da dependência como doença ganhou força maior no século 20, com a constituição do movimento de Alcoólicos Anônimos e com o trabalho de teóricos e pesquisadores, no qual se destaca E.M. Jellinek, talvez o maior expoente dentre os cientistas de sua época, que publicaram uma série de artigos defendendo o alcoolismo como uma doença (GARCIA-MIJARES, SILVA, 2006; DUARTE, MORIHISA, 2010).

O programa de saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), na década de 1960, em consonância com os conceitos de Jellinek, definiu a dependência de drogas como doença. Hoje, a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), apresenta as descrições clínicas e diretrizes

diagnósticas das doenças, a qual é a classificação utilizada pelo sistema de saúde pública brasileira. Outro sistema classificatório utilizado no Brasil é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana (GARCIA-MIJARES, SILVA, 2006; DUARTE, MORIHISA, 2010).

Ambos os sistemas classificatórios refletem, nos seus critérios para dependência, os conceitos de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), que estabelece níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas, transcendendo o modelo moral (DUARTE, MORIHISA, 2010).

Segundo a OMS (1993), droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas, produzindo alteração em seu funcionamento. Psicotrópicos ou psicoativas são as substâncias que tem ação direta sobre a mente do indivíduo, interferindo no comportamento. Dependência, por sua vez, é a compulsão orgânica ou psicológica por uma determinada substância (ISSY, PERILLO, 2009).

As substâncias psicoativas com potencial de abuso são alvo da preocupação da atual sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do seu consumo nas últimas duas décadas. As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública (LARANJEIRA et al, 2003).

Globalmente estima-se que em 2010 entre 153 milhões e 300 milhões de pessoas entre os 15 e 64 anos (3,4 a 6,6% da população mundial nessa faixa etária) tinha usado uma substância ilícita pelo menos uma vez no ano anterior. A extensão do uso de drogas ilícitas, assim, manteve-se estável, mas as estimativas indicam ainda 15,5 a 38,6 milhões de consumidores com problemas com droga (quase 12% dos usuários de drogas ilícitas), incluindo aqueles com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (UNODC, 2012; INCB, 2013).

Estima-se também 99 a 253 mil mortes a nível mundial em 2010 como resultado do consumo de drogas ilícitas, representando 0,5 e 1,3% de todas as causas de mortalidade entre aqueles com idade entre 15 a 64 anos. Além disso, estima-se que em 2008 havia 16 milhões de usuários de drogas injetáveis no

mundo inteiro e que 3 milhões (18,9%) deles estavam vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A prevalência global de infecção por hepatite C entre usuários de drogas injetáveis em 2010 foi de 46,7%, o que significa que alguns 7,4 milhões de usuários de drogas injetáveis em todo o mundo estão infectados com hepatite C. E cerca de 2,3 milhões de usuários de drogas injetáveis estão infectados com hepatite B (UNODC, 2012; INCB, 2013).

As evidências demonstram que o uso de drogas não injetáveis também está associada a um risco aumentado de infecção pelo HIV, principalmente devido às relações sexuais desprotegidas (UNODC, 2012; INCB, 2013).

O consumo de álcool e tabaco, cujo caráter legal possibilita que sejam largamente divulgados e comercializados, cooperando para o aumento, não apenas de sua prevalência de uso, mas também dos problemas de saúde deles decorrentes. O consumo de tabaco afeta 25% da população mundial adulta. Quando comparado às drogas ilícitas, as estimativas apontam que 200 mil mortes por ano são decorrentes do consumo de substâncias ilícitas, enquanto que 5 milhões são atribuídas ao uso de tabaco (UNODC, 2008). Também se calcula que uma população estimada de 500 milhões de pessoas, atualmente vivas, morrerá pelo consumo de tabaco (UNODC, 2009).

No cenário brasileiro, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior uso na vida em 2001 foram: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005 foram: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteróides, alucinógenos e *crack* e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos. Essa diferença foi estatisticamente significativa somente para os estimulantes. Um dos aspectos dessa última informação é que ela se refere ao consumo indevido de medicamentos para emagrecer, mais freqüente entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2001 e 2005 respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool, no Brasil, foi de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior dependência são: maconha (1,0% e 1,2%),

benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No levantamento de dados, no ano de 2007, 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil estão relacionados ao uso de drogas. As taxas de mortalidade associadas ao uso de drogas mostram que o álcool é associado a cerca de 90% das mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O consumo de substâncias psicoativas afeta de maneira profunda amplos aspectos da vida das pessoas que as utilizam e dos grupos nos quais elas estão inseridas. Além do uso recreativo ou ritualístico, inserido na cultura e na economia dos países, em muitos casos o consumo de drogas se associa a problemas graves como a ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, queda no desempenho escolar ou no trabalho, transtornos mentais e conflitos familiares, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial.

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são os focos de atenção especial do pesquisador, pois, nestes estudos, há sempre uma tentativa de capturar a perspectiva dos participantes, isto é, a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

No estudo descritivo, o pesquisador observa, conta, descreve e classifica os acontecimentos através da adoção de procedimentos de coleta de dados, como a entrevista e a observação, cujo objetivo principal é aprofundar a descrição de determinada realidade, população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relação entre as variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; GIL, 1999).

A pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão ampla acerca de determinado fenômeno. Desta forma, por meio desta etapa do estudo busca-se conhecer com maior profundidade o tema, de modo a torná-lo mais claro (GIL, 1999).

A pesquisa convergente assistencial caracteriza-se pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação (TRENTINI; PAIM, 1999).

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do interior do Estado de Goiás, escolhido por ser a área de atuação profissional da pesquisadora envolvida neste trabalho ora desenvolvido.

Está situado em um município com uma população de aproximadamente 400.000 habitantes. A instituição está localizada no centro da cidade, de fácil acesso aos usuários. A estrutura física é ampla, com modelo residencial, cujo objetivo é proporcionar ambiente confortável e acolhedor aos usuários.

O CAPSad presta atendimentos diários ao público que apresenta problemas biopsicossociais decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas. O planejamento terapêutico é elaborado na perspectiva individualizada de evolução contínua. Esta modalidade de atendimento possibilita intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

Os usuários possuem acesso direto a instituição, ou seja, atendimento de portas abertas, o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço. São atendidos os pacientes provenientes de procura espontânea e encaminhados por outros serviços intersetoriais tais como: Unidades Básicas de Saúde (USB); Estratégia da Saúde da Família (ESF); Consultório na Rua (CR); Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); Hospital Psiquiátrico (HP); Hospitais Gerais (HG); Hospital Dia (HD), Ambulatório psiquiátrico (AP), Ministério Público (MP), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Atenção Psicossocial Adulto e Infantil (CAPS e CAPSi); Conselho Tutelar (CT); Juizado da Infância e Juventude (JIJ); Juizado Especial Criminal (JEC); Grupos de ajuda comunitários (Alcoólatras Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE)); Casas de recuperação para Álcool e Drogas; Delegacia da Mulher (DM); Igrejas e outros.

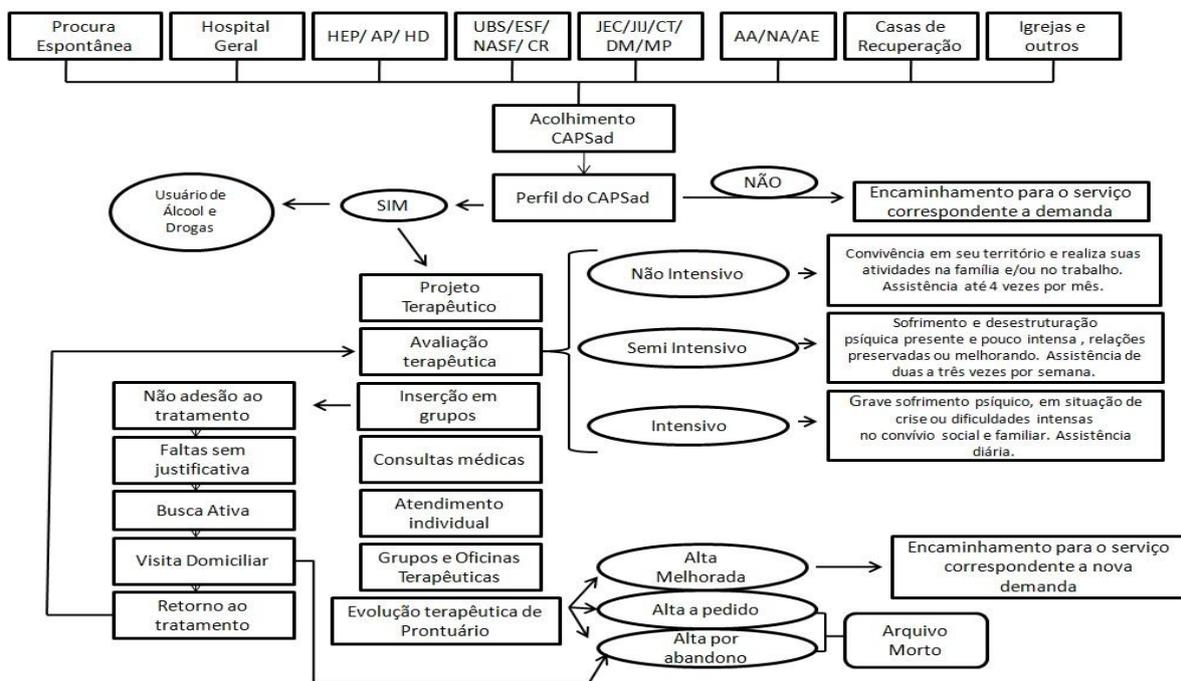


Figura 1. Fluxograma de atendimento no CAPSad de um município do interior do Estado de Goiás, 2014.

O usuário que chega ao CAPSad é acolhido por um integrante da equipe de profissionais que verifica se o paciente apresenta problemas devido ao abuso de álcool e outras drogas. Em caso positivo, é realizada a avaliação terapêutica seguida da elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, conforme se pode observar na Figura 1.

O acolhimento é realizado no contato com o usuário, no momento da sua procura pelo tratamento e é efetuado por profissionais de nível superior e médio da equipe multidisciplinar. É ofertado ao usuário um espaço para escuta terapêutica, com objetivo de promover maior conhecimento da história de vida e da doença do indivíduo.

Esse primeiro contato, se concretizado em condições ideais, auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Durante o acolhimento, a pessoa também é orientada quanto à dinâmica do serviço e suas modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

No acolhimento também são passadas informações e orientações da dinâmica do tratamento. Neste espaço, o paciente recebe informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar e passa a conhecer as propostas e atividades específicas do serviço.

Considerando as necessidades primárias do usuário, este poderá ser encaminhado a outro serviço de maior ou menor complexidade, como hospital psiquiátrico, hospital dia, hospital geral ou ambulatório de psiquiatria.

Durante o acolhimento, é decidido, juntamente com o usuário, a modalidade de tratamento que melhor se adéqua às suas necessidades. No tratamento intensivo, há a necessidade do usuário comparecer diariamente ao CAPSad. O usuário que comparece 3 (três) vezes por semana está inserido no tratamento semi-intensivo e, no tratamento não-intensivo, o usuário comparece uma vez por semana.

Importante ressaltar que mudanças nas fases do tratamento são realizadas de modo individualizado, à partir de discussão ampla pela equipe multiprofissional do serviço quando há necessidade de alterações, e juntamente com o usuário na elaboração do projeto terapêutico.

O projeto terapêutico singular é o momento em que as propostas e objetivos de tratamento são traçadas pelo usuário juntamente com a equipe

multidisciplinar, contemplando as necessidades do mesmo, possibilitando sua autopercepção e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos.

As avaliações terapêuticas são realizadas individualmente, e por todos os profissionais de nível superior do CAPSad: Enfermeiro, Psiquiatra, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Estas avaliações têm por objetivo analisar diferentes áreas da vida do usuário, observando os mais variados aspectos e necessidades, buscando adequar ao máximo o tratamento às necessidades de cada um.

O atendimento com o médico psiquiatra é individual e tem por finalidade tratar doenças e co-morbidades psiquiátricas relacionadas com o abuso de substâncias psicoativas.

A avaliação psiquiátrica é realizada periodicamente, havendo ou não necessidade de intervenção medicamentosa, possibilitando assim, o acompanhamento da qualidade clínica e psiquiátrica do paciente.

Os atendimentos realizados pelo médico clínico-geral na unidade têm como objetivo avaliar a presença de co-morbidades e possibilidades de tratamento medicamentoso que aperfeiçoem a terapêutica para o usuário.

Os atendimentos individuais incluem assistência psiquiátrica, clínica e de enfermagem, psicológica, ocupacional e demais orientações. Essa modalidade de tratamento é mais bem indicada para usuários que necessitem da escuta individual e apresentem dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não demonstram perfil para participar de grupos terapêuticos.

Nos grupos e oficinas terapêuticas são realizadas atividades educativas ou de informação, reflexão e suporte, sendo que esses espaços possibilitam ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social.

Esses grupos/oficinas visam possibilitar maior conhecimento e aceitação da doença; incentivar e sensibilizar usuários desmotivados, despreparados e desencorajados para mudança de comportamento; promover maior percepção e conhecimento dos sintomas de recaída, técnicas de enfrentamento; auxiliar na reorganização da rotina de atividades de vida diária e produtiva; estimular a descoberta de novas habilidades e interesses; orientar no desempenho de atividades de higiene e autocuidado, planejamento e gerenciamento do tempo, no desenvolvimento e organização de planos e estabelecimentos de metas.

A busca ativa é realizada quando o paciente deixa de comparecer as atividades do CAPSad, sem apresentar justificativa. Dessa forma, os profissionais

tentam sensibilizá-lo a retornar o tratamento por meio do contato telefônico e quando este contato não apresenta sucesso, é realizado a visita domiciliar.

Durante a visita domiciliar, é oportunizada ao profissional a possibilidade de sensibilizar o paciente a respeito da importância deste retornar ao tratamento, bem como interagir com seus familiares e prestar informações a respeito da dependência química.

A alta é eminentemente uma medida clínica, que precisa ser negociada e aceita pelo paciente, como parte de um projeto que irá ajudá-lo a viver melhor. No CAPSad são realizados três tipos de alta, a saber: Alta melhorada - ao perceber o momento de evolução do tratamento para o paciente e observar que os recursos disponibilizados no serviço já não são os mais adequados para ele, o paciente será encaminhado para o ambulatório de saúde mental; Alta por abandono - quando o tratamento da dependência química exige muita responsabilidade e comprometimento do paciente, porém, muitas vezes este ainda não percebe a dependência como uma doença, e alguns iniciam o tratamento obrigado pela família. Dessa forma, no decorrer da terapêutica existe o abandono; e Alta a pedido - acontece quando a equipe técnica ainda percebe a necessidade de continuidade do tratamento, porém o paciente se sente preparado para restabelecer suas relações e obrigações sociais.

4.3 Participantes do estudo

Foram participantes desta pesquisa os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás.

Neste estudo, compreende-se por usuários do serviço o cliente em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas, seus familiares e acompanhantes.

Participaram 160 sujeitos. Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão**

- Ser usuário de drogas, seu familiar e/ou acompanhante vinculado ao local do estudo, com idade igual ou superior a 18 anos e ter participado de pelo menos dois atendimentos na sala de espera.

- **Critérios de exclusão**

- Demonstrar alteração do nível de consciência, desorientação e/ou agitação psicomotora, identificados por meio da observação cuidadosa da pesquisadora, considerando alguns aspectos avaliados no exame do estado mental, tais como: aparência, discurso, humor, sensório e discernimento (SADOCK; SADOCK, 2007).

4.4 Contexto da realização do estudo: planejamento e implantação da tecnologia de intervenção grupal em sala de espera

O grupo de sala de espera foi implantado no campo de estudo desta pesquisa em 2011, executado pela pesquisadora responsável por este estudo durante o curso de Especialização Multiprofissional em Saúde Mental pela Universidade Federal de Goiás intitulado “Implementação da sala de espera em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas”.

Cada cliente em acompanhamento no CAPSad possui um projeto terapêutico singular (PTS), elaborado pela equipe multiprofissional, que consiste no conjunto de intervenções, individuais ou coletivas, específicas para cada sujeito. Essas ações são discutidas e pré-estabelecidas junto ao usuário e os atendimentos são previamente agendados com cada profissional, para facilitar o comparecimento do sujeito. O PTS do cliente inclui informações, sobre as diversas modalidades de atendimento grupal, incluindo o atendimento de grupo na sala de espera.

O grupo da sala de espera é um grupo aberto, misto, rotativo e não obrigatório. Os usuários são convidados a participar enquanto aguardam atendimento e são direcionados para o local onde acontecem as atividades.

O momento em que os clientes permanecem na sala de espera por um tempo maior ocorre nos dias de atendimento psiquiátrico. Desta forma, este grupo foi planejado para realizar-se no momento que antecede à consulta psiquiátrica, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos e incluindo todos os usuários que queiram participar. É importante ressaltar que nestes dias também acontecem outros atendimentos individuais e grupais simultaneamente.

O planejamento de todos os atendimentos na sala de espera inclui três etapas: 1 - acolhida e apresentação dos usuários, 2 - oferecimento de orientações e informações e 3 - encerramento e avaliação. A previsão de duração da primeira e terceira etapa são de quinze minutos; e de trinta minutos para a segunda etapa.

Inicialmente, os participantes são convidados para o grupo após serem informados dos objetivos e finalidades do encontro. Logo após, é definido o contrato de convivência do grupo. Eles são orientados quanto à participação voluntária que lhes permite deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, bem como, a solicitação do sigilo e confidencialidade dos conteúdos expressos, regras de comunicação, onde todos poderão falar, respeitando o momento de cada um.

A partir de então, iniciam as apresentações. São utilizadas técnicas de apresentação e/ou técnicas de aquecimento ou “quebra-gelo”, com o intuito de favorecer a interação e integração do grupo.

Após as apresentações, a roda de conversa é iniciada com temas normalmente solicitados pelos próprios participantes. Para esse momento, utilizam-se técnicas para puxar conversa ou perguntas disparadoras para estimular os participantes a falar sobre seus sentimentos, discutir temas livres e/ou esclarecer sobre temas relacionados à saúde.

São utilizados, também, recursos como a visualização de reportagens ou filmes sobre temas diversos e/ou temas solicitados pelos usuários; construção de painéis a partir de recortes de revistas ou jornais e; confecção de sucatas com materiais recicláveis, os quais traduzam ou expressam, de forma artística ou lúdica, o pensamento ou o sentimento dos integrantes; a confecção de instrumentos musicais para a expressão através dos sons, da música e da dança e a dramatização. Esses recursos são aplicados com o propósito de suscitar discussões e reflexões a serem socializadas e compartilhadas com todo grupo acerca da temática proposta no dia, bem como as lições que tiveram a partir de cada experiência no grupo.

Para finalizar o encontro, é utilizada técnica de encerramento como leitura de mensagens e visualização de vídeos. Os participantes são convidados a refletir sobre a experiência no encontro e, a partir disso, suscitar alguma palavra, mensagem, pensamento ou música que traduza o significado do encontro para o

grupo. É solicitada, também, a avaliação do encontro, que é realizada verbalmente ou de forma escrita, por meio de fichas de avaliação.

Durante os encontros na sala de espera os participantes são livres para entrar ou sair do grupo, sem prejuízos na condução das atividades propostas pelas coordenadoras. Na medida em que são chamados para o atendimento médico, os participantes se retiram da sala de espera, retornando às atividades logo após a consulta médica, se for da sua vontade.

Após a realização do grupo, alguns participantes ainda permanecem na espera pelo atendimento. Diante disso, no encerramento do grupo, os participantes são estimulados a manter a interação com os demais usuários no desenvolvimento de outras atividades dentro do serviço.

Há um espaço para leitura chamado “Dose de Leitura”, no qual se encontra diversas literaturas, incluindo contos, poemas, romances, livros religiosos e livros educativos sobre drogas, adolescência, família e outros. Os usuários, enquanto aguardam pelo atendimento, aproveitam esse espaço para realizar suas leituras. É uma estratégia terapêutica que visa desenvolver conhecimentos e habilidades, estimular funções cognitivas, além de proporcionar lazer e conforto. Os livros são doados pelos usuários do serviço e profissionais que compõem a equipe.

Há, também, espaços para ouvir música, assistir filmes e reportagens, e mesa para jogos. Uma preocupação com os jogos é que os mesmos tenham objetivos terapêuticos, principalmente como auxílio no processo de estimulação das funções cognitivas do usuário, como memória, atenção e concentração. Os jogos mais utilizados são dama, xadrez e quebra-cabeças. Essas atividades também são supervisionadas pelas coordenadoras do grupo de sala de espera.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2013, após apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo n. 215/12). Os dados foram coletados de três formas:

1º momento: Nos grupos de sala de espera os atendimentos foram registrados por meio da observação participante (LÜDKE; ANDRE, 1986). Aqui, as anotações eram registradas no diário de campo pela própria pesquisadora.

Enquanto duas profissionais coordenavam o grupo, a pesquisadora anotava os acontecimentos significativos para complementar a posterior transcrição das gravações.

2º momento: Instrumento tipo *check-list* (APÊNDICE C), com base no Q-sort de fatores terapêuticos de Yalom (1975, p.65-70), preenchido pelas coordenadoras da intervenção grupal, ao final de cada encontro, contendo as reflexões sobre os fatos ocorridos e fenômenos observados durante a realização do grupo.

Para o preenchimento do *check-list*, as coordenadoras foram treinadas pela pesquisadora responsável. A capacitação ocorreu em dois momentos, sendo que o objetivo do primeiro treinamento foi conhecer os fatores terapêuticos, significados e aplicação na pesquisa. O segundo momento teve por objetivo explorar o *check-list* e identificar os pontos a serem observados durante os encontros na sala de espera.

O *check-list* foi elaborado para ajudar na identificação de alguns indicadores da efetividade do grupo como elemento terapêutico para seus participantes. Inclui todos os fatores terapêuticos contidos na relação original, com exceção de reedição corretiva do grupo familiar primário e catarse, cuja ocorrência é mais comum em grupos psicoterapêuticos do que em grupos informativos e de suporte (YALOM; LESZCZ, 2006).

3º momento: Através de entrevistas individuais com o usuário do CAPSad, do tipo semi-estruturada, norteadas por roteiro específico (APÊNDICE D). Realizaram-se quatorze entrevistas individuais com os usuários participantes dos grupos de sala de espera.

No início de cada atendimento em sala de espera, os participantes eram informados quanto ao desenvolvimento da pesquisa e seus objetivos. Assim, todos participantes presentes, no final de cada encontro, eram convidados a participar da entrevista individual.

A entrevista individual foi realizada com todos os participantes dos grupos de sala de espera que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa - após concordância e consentimento - em local e horário definido, de acordo com a disponibilidade do mesmo. Essas entrevistas tiveram por finalidade avaliar a utilidade do grupo como estratégia de assistência, acolhimento, informação e elemento terapêutico.

Foi utilizado gravador de voz e anotações no diário de campo para coleta dos dados, mediante a assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) do entrevistado.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados por meio da exploração do material acumulado, organização, codificação e categorização foram transcritos e submetidos à análise temática, segundo os pressupostos de Lüdke e Andre (1986), com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2.

A primeira fase consistiu em ler e reler, todo o material, a ponto de impregnar-se após incessantes repetições da leitura. Como forma de codificação foi utilizada anotações à margem dos relatos, recortando posteriormente e separando o que tinham em comum, colocando os mesmos conceitos em envelopes a fim de formar um conjunto inicial de categorias, as quais foram analisadas e examinadas em outro momento (LÜDKE; ANDRE, 1986).

A segunda fase da análise iniciou-se com a classificação e a organização dos dados, onde as ideias de início foram revistas e novos conceitos surgiram durante esse processo. Tais princípios sofreram o processo de categorização, a qual se fez necessária, porém não é absoluta, não esgota a análise, sendo preciso que o pesquisador ultrapasse os dados e estabeleça ligações para explicar o fenômeno (LÜDKE; ANDRE, 1986).

A análise temática do conteúdo foi realizada com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2.

O procedimento da análise temática do conteúdo com a utilização do *software* ATLAS.ti está ilustrado na Figura 2.

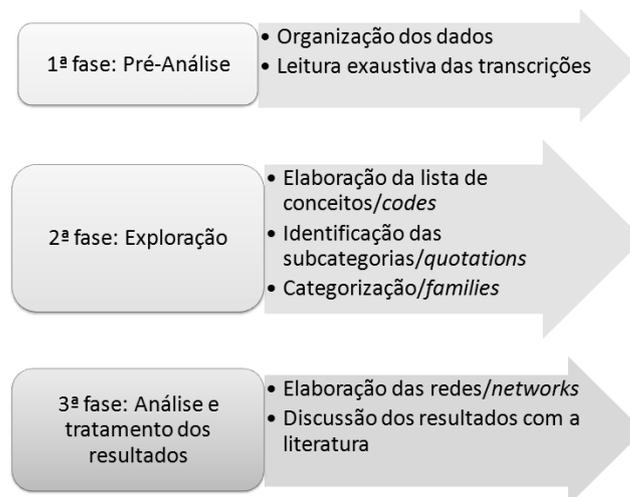


Figura 2. Procedimentos para análise qualitativa segundo Lüdke e André (1986) com a utilização do software ATLAS.ti 6.2

Desta forma, buscou-se seguir os passos orientados por Lüdke e André (1986) usando o *software*, por entender que este método oferece uma aproximação fiel com o objeto do estudo e, conseqüentemente, uma abordagem pertinente dos resultados obtidos na coleta de dados.

Procedeu-se a primeira fase com a organização dos dados e leitura exaustiva da transcrição das entrevistas, visando maior e melhor reflexão acerca do conteúdo obtido e identificação dos aspectos referentes ao objeto de pesquisa trazido pelos dados coletados.

Na segunda fase, procurou-se identificar palavras e frases que tivessem maior frequência de citação, podendo, dessa forma, ser agrupadas por afinidade (LÜDKE; ANDRE, 1986). Tal processo deu origem aos conceitos que respondiam aos objetivos da pesquisa. No ATLAS.ti, os conceitos são os *codes*. A maioria desses conceitos/*codes* recebeu uma descrição que podia ser identificada pelo pesquisador e fosse fácil de ser localizado na lista (GILZ, 2007; WALTER; BACH, 2009).

Partiu-se, então, para a codificação das entrevistas, uma vez que essas consistiram em descobrir as subcategorias que compõem a comunicação - trecho de falas, relatos - cuja frequência de aparição pode apresentar alguns significados com o objetivo analítico escolhido. Isto é, à medida que as subcategorias eram identificadas, conceitos/*codes* era atribuído a eles (GILZ, 2007). As subcategorias são as *quotations* no ATLAS.ti. Dessa forma, foram codificados todos os relatos pertinentes ao objetivo da pesquisa.

No decorrer da codificação, sempre que pertinente, foram criados comentários para os documentos. Aqueles se referiam às reflexões alusivas a alguma referência bibliográfica que poderia compor a discussão, significados e síntese de resultados.

Após a codificação, foi realizada a categorização dos dados. Os conceitos/*codes* foram agrupados em razão de características semelhantes destes elementos, com a finalidade de condensar as subcategorias/*quotations* cuja aproximação favorece a compreensão do fenômeno (LÜDKE; ANDRE, 1986). As categorias construídas no ATLAS.ti são as *families* (GILZ, 2007; WALTER; BACK, 2009).

As categorias/*families* foram visualizadas a partir de uma rede (*network*) de elementos no ATLAS.ti, as quais permitem fazer relações entre conceitos/*codes* e subcategorias/*quotations*, e também puderam ser visualizadas num esquema gráfico.

O processo de visualização gráfica foi muito rico e esclarecedor, facilitando o cumprimento da segunda fase da análise temática, que foi a classificação e organização dos dados (LÜDKE; ANDRE, 1986). As categorias foram analisadas e discutidas com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e na literatura científica especializada sobre o tema.

4.7 Preceitos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás, protocolo n. 215/12.

Os sujeitos deste estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados. Também foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios da pesquisa, a solicitação de informações sobre a mesma, a possibilidade de retirar-se do grupo de pesquisa, além de não ser permitido a utilização de seus dados na publicação quando lhe convier, sem perda dos direitos.

Posterior à concordância em realizar a pesquisa, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias (uma para o sujeito e outra via para o pesquisador), autorizando a fazer a coleta de dados conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96.

Houve o compromisso de utilizar os dados somente para fins da pesquisa e publicação dos resultados em meio científico, quer seja eles favoráveis quer não.

Os dados serão arquivados pelo pesquisador responsável por cinco anos e após este período serão incinerados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na modalidade de artigos científicos.

5.1 – Artigo 1: Intervenção de enfermagem em sala de espera: uma experiência exitosa.

Autores: Juliana Macedo Melo, Elizabeth Esperidião

Revista: Texto & Contexto Enfermagem

Situação: Em refinamento

5.2 – Artigo 2: Avaliação da tecnologia de intervenção grupal em sala de espera num serviço de saúde mental

Autores: Juliana Macedo Melo, Elizabeth Esperidião

Revista: A definir

Situação: Em refinamento

Artigo 1

Intervenção de enfermagem em sala de espera: uma experiência exitosa

Nursing intervention in the waiting room: a successful experience

Intervención enfermera en la sala de espera: una experiencia exitosa

Juliana Macedo Melo¹, Elizabeth Esperidião²

RESUMO

Salas de espera são espaços presentes nos serviços de saúde destinadas a receber os usuários que aguardam atendimento da equipe multiprofissional. O objetivo deste estudo foi descrever o planejamento e implementação dos atendimentos grupais em sala de espera para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial. Os resultados evidenciaram que a tecnologia grupal em sala de espera proporciona momentos de reflexão, conhecimento, aprendizado, escuta e trocas. Contribuiu para elucidar a articulação entre o saber teórico com a prática assistencial sobre funcionamento e estruturação de grupos em sala de espera. E, também demonstrou ser um espaço potencial e valioso para o desenvolvimento de ações educativas e de suporte, coordenado pelo enfermeiro, aos usuários de um serviço de saúde mental.

Palavras-Chave: Assistência a Saúde, Grupos de Apoio, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental.

ABSTRACT

Lounges are spaces present in health services aimed at users who are waiting to receive care multidisciplinary team. The aim of this study was to describe the planning and implementation of group care in the waiting room for users of a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs in the state of Goiás. It is of a descriptive qualitative study of the convergent type. The results showed that the technology group in the waiting room provides moments of reflection, knowledge, learning, listening and exchanges. Helped to elucidate the relationship between the theoretical knowledge with practical assistance on structuring and functioning of groups in the waiting room. And, also proved to be a potential and valuable for the development of educational and support coordinated by the nurse, users of a mental health service space.

Keywords: Health Care, Support Groups, Mental Health Services, Mental Health.

¹ Juliana Macedo Melo, Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Docente em Enfermagem. jumacedomelo@gmail.com

² Elizabeth Esperidião, Enfermeira. Doutora. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. betesper@ufg.com

RESUMEN

Los salones son espacios presentes en los servicios de salud destinados a los usuarios que están esperando para recibir equipo multidisciplinario de atención. El objetivo de este estudio fue describir la planificación e implementación de la atención del grupo en la sala de espera para los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas en el estado de Goiás. Es un estudio cualitativo descriptivo de tipo convergente. Los resultados mostraron que el grupo de la tecnología en la sala de espera ofrece momentos de reflexión, el conocimiento, el aprendizaje, la escucha y el intercambio. Ayudó a esclarecer la relación entre los conocimientos teóricos con la asistencia práctica en la estructuración y funcionamiento de los grupos en la sala de espera. Y, también resultó ser una potencial y valiosa para el desarrollo de la educación y el apoyo coordinado por la enfermera, los usuarios de un espacio de servicios de salud mental.

Palabras-clave: Salud, Grupos de Apoyo, Servicios de Salud Mental, Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Salas de espera são espaços existentes nos serviços de saúde destinadas a admitir e acolher os usuários e acompanhantes que aguardam determinado procedimento ou atendimento da equipe multiprofissional. O tempo, nesses espaços das instituições, é geralmente ocioso, podendo trazer inquietações ao cliente mediante situação de espera prolongada.¹

Aguardar atendimento pode transformar a ociosidade em momento útil. As atividades na sala de espera, quando utilizadas de forma adequada, podem trazer inúmeros benefícios aos usuários dos serviços, como a transmissão de informações sobre o problema com o qual convivem, resultando em melhor convivência com a enfermidade, a expressão de seus sentimentos, aumento da satisfação e diminuição do nível de ansiedade e diminuição do estresse provocado pela demora na espera. Nesse sentido, a intervenção em sala de espera pode tornar-se um espaço importante para desenvolvimento de ações educativas e também, como estratégia de suporte às questões subjetivas e emocionais do sujeito na perspectiva do modelo de atenção psicossocial.²

Os encontros na sala de espera, realizados pelos profissionais de saúde, compõem uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a de acolher o sofrimento humano, aceitando-o incondicionalmente, fornecer orientações, promover educação em saúde e até mesmo tranquilizar os que esperam.

No processo de acolhimento nos serviços de saúde mental deve ocorrer contato efetivo entre os profissionais desta área e os usuários do serviço, para que esses possam se

sentir à vontade e confortáveis. Desta forma, o atendimento ao usuário poderá ser realizado de forma mais humanizada e eficiente.²

Promover saúde implica em lançar mão de técnicas que possibilitem mudanças e se fundamentem no fortalecimento das relações humanas. É primordial criar novas estratégias para o trabalho em saúde, e essas devem permitir o desenvolvimento de ações exequíveis e efetivas para os objetivos a que se propõe.

A cada dia, os profissionais enfermeiros têm sido convocados para a necessidade de estender o foco de sua assistência, não somente ao paciente, mas também aos familiares destes, os acompanhantes e a comunidade, de maneira geral.³

Através do trabalho de educação em saúde, o enfermeiro pode atuar sobre o conhecimento das pessoas para, assim, elas desenvolverem um juízo-crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, o ambiente e a comunidade em que vivem e, assim, desvelar condições para se apropriarem de sua própria existência.⁴

Em uma experiência de alunos e professores de enfermagem psiquiátrica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), constatou-se que a estratégia de atendimento na sala de espera reduziu o estresse e a ansiedade dos usuários, sendo também uma oportunidade de estabelecer trocas por meio das relações interpessoais.⁵ Os usuários conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as diversidades emergem através da interação que ocorre por meio da comunicação.⁶

Normalmente, as pessoas que se encontram em um ambiente de sala de espera não se conhecem e não possuem vínculo estável. Todavia, quando essa atividade se instala pela ação da equipe multiprofissional, comumente, forma-se um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto. A formação das pessoas em grupo é mantida, naquele momento, pela iniciativa dos profissionais que começaram o processo participativo de educação em saúde.^{6,7}

Nesse mesmo contexto, enquanto os clientes aguardam o atendimento, eles falam de suas aflições, de suas doenças, da vida cotidiana e da qualidade do atendimento na instituição. Desta forma, é possível levantar os problemas vivenciados pelos usuários no que tange à qualidade e eficiência do atendimento pela equipe e a relação desta vivência com os sentimentos e conflitos gerados no momento da espera pelo atendimento. A partir desse levantamento, cabe à equipe multiprofissional, elaborar novas estratégias para melhoria do atendimento de forma que os usuários sintam-se bem acolhidos, proporcionando um momento de escuta e trocas e, como consequência, a redução da

ansiedade e estresse vivenciados pelos mesmos no momento da espera pelo atendimento no serviço de saúde.⁶

Estudos revelam que o número de publicações de enfermeiros que trabalham nestes serviços usando o enfoque grupal como referência ainda é reduzido, bem como pesquisas que descrevem as atividades realizadas ou coordenadas por enfermeiros quanto à abordagem grupal nos serviços de saúde mental.^{1-3,5,8} Diante do exposto, busca-se como perspectiva, que este estudo contribua com conhecimentos a partir da experiência quanto à atuação do enfermeiro na assistência em grupos educativos e de apoio, visto que este profissional, tem se dedicado com pouca ênfase a atividades desta natureza nos serviços de saúde mental de Goiás.^{9,10}

É importante destacar que os atendimentos em sala de espera no serviço onde este estudo foi desenvolvido acontecem desde 2011, com a iniciativa de uma das pesquisadoras deste estudo, que na ocasião compunha a equipe multiprofissional daquele local. Considerando alguns impactos junto aos usuários que dele participam especialmente, no tocante às informações e suporte no enfrentamento da crise experienciada em decorrência da dependência química, torna-se relevante apresentar a sistematização deste tipo de intervenção, com vistas a estimular outros serviços e profissionais a oferecê-lo como uma das ações de assistência em Saúde Mental voltadas à efetivação do modelo de atenção preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever o planejamento e implementação dos atendimentos grupais em sala de espera para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do interior do Estado de Goiás após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo n. 215/12).

A pesquisa convergente assistencial caracteriza-se pela propriedade de articulação com a prática assistencial em saúde, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação.¹¹

O trabalho de campo começou pelo planejamento da intervenção grupal em sala de espera, constituindo um grupo aberto, misto, rotativo e não obrigatório destinado ao

atendimento de usuários do serviço, cujo objetivo era contribuir para o acolhimento dos participantes na instituição, oferecendo-lhes informações e suporte. Todo o processo de planejamento e realização do grupo de sala de espera foi coordenado por uma enfermeira e duas profissionais, as quais atuam no local do estudo, com experiência em trabalho com grupos, sob a supervisão, em todas as fases do trabalho, de uma profissional com formação específica nas áreas de Enfermagem Psiquiátrica e Psicologia e atuação em atendimento em grupos, humanização da assistência e atenção em Saúde Mental.

Os atendimentos eram realizados no momento antecedente à consulta psiquiátrica, ocasião em que há maior espera pelos usuários, duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, incluindo todos aqueles que quisessem participar. O planejamento da intervenção incluía três etapas: 1 - acolhida e apresentação dos usuários, 2 - oferecimento de orientações e informações e 3 - encerramento e avaliação. A duração de previsão da primeira e terceira etapas era de quinze minutos, e de trinta minutos para a segunda etapa.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2013, durante a realização da intervenção grupal em sala de espera, por meio da observação participante. Foram incluídos no estudo os atendimentos que contavam com a presença de pelo menos três (3) usuários do serviço. Desta forma, foram considerados vinte (20) encontros grupais em sala de espera para fins de registro desta pesquisa.

Participaram 160 usuários do serviço, que eram a própria pessoa que fazia o uso indevido de álcool e outras drogas, seu familiar e/ou acompanhante com idade igual ou superior a 18 anos.

O detalhamento das intervenções grupais foi registrado em diário de campo, sendo que em todos os atendimentos havia três profissionais envolvidas, enquanto duas conduziam o grupo a outra anotava dados significativos que poderiam auxiliar no processo de análise, tais como expressões verbais e não verbais dos participantes, além de observações sobre a dinâmica de cada encontro.

As anotações do diário de campo de todos os encontros foram submetidas a leituras repetidas para codificação dos registros relativos a cada uma das três etapas consideradas no planejamento das intervenções. Posteriormente, os dados correspondentes nos atendimentos foram agrupados buscando identificar padrões comuns e particularidades para análise e descrição da intervenção¹³.

Os resultados foram analisados com enfoque qualitativo, segundo pressupostos de Lüdke e André¹³, com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2. Os registros do diário de campo foram codificados no ATLAS.ti e a referência de citação corresponde ao encontro

em que o dado foi obtido, utilizando a letra E, seguida do número em que ocorreu (E1, E2, e assim sucessivamente).

RESULTADOS

A concretização dos grupos de sala de espera começou pela sua divulgação junto aos gestores, profissionais de saúde e usuários da instituição, realizada pelas coordenadoras do grupo durante as duas semanas que precederam o início da investigação. Todos os pacientes que eram acolhidos no CAPSad recebiam informações e um convite impresso para participação no grupo, com indicação de dia, local e horário dos encontros.

No planejamento dos atendimentos no grupo, ficou instituído que elas deveriam ocorrer em três etapas fundamentais e subsequentes: acolhida/apresentação dos participantes; informações e orientações; e encerramento/avaliação do encontro. No plano, a técnica de exposição verbal, com estímulo à participação de todos seria a de escolha para a fase de informações e orientações, enquanto nas etapas de acolhida/apresentação dos membros e de encerramento/avaliação do encontro, as técnicas seriam variadas a cada atendimento.

Foram providenciados todos os recursos necessários ao desenvolvimento das diferentes técnicas, incluindo um sistema de som ambiente para tornar o local mais acolhedor e ajudar no relaxamento dos participantes. O local escolhido para os encontros foi um cômodo próximo à recepção, sempre disponível no horário previsto, de tamanho adequado e que garantia conforto, privacidade e liberdade, sem interrupções indevidas.

Descrição da intervenção grupal em sala de espera

Ao longo do processo de coleta de dados participou dos atendimentos um total de 160 pessoas, havendo a média de oito participantes por encontro. A maioria era do sexo masculino (64%) com idade entre 31 a 60 anos (85,72%) e 43% deles tinham de 7 a 12 meses de tratamento no CAPSad onde o estudo foi realizado, igual período que frequentavam os grupos de sala de espera.

A seguir serão descritas as três etapas do planejamento das intervenções grupais, assim como o detalhamento de todos os procedimentos realizados pelas pesquisadoras, temas abordados pelos participantes nas discussões grupais, além dos registros obtidos no diário de campo em relação aos sentimentos e sensações da participação nos grupos.

1ª etapa: Acolhida e apresentação dos participantes

Os participantes eram recebidos pelas coordenadoras do grupo na porta de entrada da instituição e direcionados à sala onde o encontro seria realizado, dando-lhes boas-vindas e convidando-os a se acomodarem. Contando com pelo menos três participantes, as sessões começavam com uma das coordenadoras explicando sobre a pesquisa, seus objetivos e o uso do grupo como fonte dos dados. Em seguida, as coordenadoras distribuíam cópias do TCLE aos presentes e faziam sua leitura em voz alta, respondendo às questões, esclarecendo dúvidas e assegurando o direito de participação mesmo àqueles que não quisessem assinar o TCLE.

Considerando que o grupo de sala de espera era um grupo aberto e, portanto, sempre havia um novo membro, as coordenadoras cuidavam de familiarizá-lo com os outros participantes e dar orientações sobre a participação e objetivos dos encontros. Além do acolhimento proporcionado, todas as sessões começavam com a apresentação e renovação do contrato do grupo, incluindo seus objetivos e regras de funcionamento. Nesse processo, as coordenadoras propunham as regras básicas, mas asseguravam aos participantes o direito de recusar, alterar e incluir outras.

O contrato incluía orientações quanto à participação voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que pudesse ter adquirido, bem como a solicitação do sigilo e confidencialidade dos conteúdos expressos, regras de comunicação, onde todos poderão falar, respeitando o momento de cada um. No grupo, todos os participantes tinham liberdade para conversar dos assuntos de seu interesse relativos à situação vivida, demonstrar seus sentimentos e manifestar suas emoções, respeitando os limites dos demais participantes, coordenadores e do ambiente.

Para a apresentação dos membros, foram utilizadas técnicas de apresentação e/ou aquecimento, com o intuito de favorecer a interação e integração do grupo. As coordenadoras explicavam a atividade escolhida e orientavam sobre o uso dos recursos, disponibilizados de acordo com a técnica adotada: objetos e figuras diversas, recortes de papéis impressos com sentimentos positivos e negativos, sucata, cartões, canetas e pincéis atômicos de várias cores, revistas para recortes, pedaços de papéis para desenhar e outros.

Em seguida, usando ou não o material disponível, cada participante se apresentava dizendo seu nome, seus sentimentos e expectativas com o atendimento e falando ou mostrando como estava chegando ao grupo. Ao final, as coordenadoras faziam o resgate do que havia sido abordado pelos presentes, enfatizando as experiências e sentimentos compartilhados e o que havia de comum em seus depoimentos iniciais.

2ª etapa: Informações e orientações

Após as apresentações, a roda de conversa era iniciada com assuntos normalmente solicitados pelos próprios participantes. Para esse momento, lançava-se mão de técnicas dinamizadoras para iniciar as discussões¹⁴⁻¹⁶. Também foram utilizados recursos como a visualização de reportagens ou filmes sobre temas diversos e/ou solicitados pelos usuários; construção de painéis a partir de recortes de revistas ou jornais e confecção de sucatas com materiais recicláveis que traduzissem ou expressassem de forma artística ou lúdica o que pensavam ou sentiam; a confecção de instrumentos musicais para a expressão através dos sons, da música e da dança e a dramatização. Esses recursos foram aplicados com o propósito de estimular a fala e a participação dos membros do grupo.

As temáticas abordadas com mais frequência giravam em torno de informações sobre o tratamento da dependência química, aspectos referentes a sentimentos, dificuldades e dúvidas relativas às experiências individuais e pessoais, expectativas e importância do tratamento, dentre outros. No sentido de ilustrar os temas trazidos pelos participantes durante os atendimentos no grupo de sala de espera e como eles foram trabalhados pela coordenação do grupo foi construído o Quadro 1, visando também oportunizar a orientação de condutas para outras situações semelhantes às nele apresentadas.

Quadro 1 – Apresentação dos temas abordados pelos participantes para discussão na fase de informações e suporte dos atendimentos no grupo de sala de espera de um CAPSad do interior do Estado de Goiás – 2013.

Tema	Conduta das coordenadoras do grupo
<p>1. Importância e expectativas do tratamento <i>... só comecei a valorizar a vida depois que comecei a fazer o tratamento no CAPS (E4)</i> <i>Meu vizinho fez o tratamento aqui e está muito bem e ao ver ele assim me motivou a buscar o tratamento. Hoje eu entendo os conselhos que ele me dava e a importância do tratamento pra mim e pra minha esposa (E11)</i></p>	<p>Coordenadoras – reforçam as falas dos participantes e orientam quanto aos benefícios do tratamento para o resgate do equilíbrio biopsicossocial e da autonomia dos sujeitos. Participantes – contam suas experiências com o tratamento e os resultados obtidos.</p>
<p>2. Uso adequado dos medicamentos <i>O que acontece se meu filho tiver tomando a medicação e continuar fumando o crack? (E5)</i> <i>Eu não tava tomando os remédios direito e tive três convulsões (E14)</i></p>	<p>Coordenadoras – esclarecem as dúvidas e orientam sobre indicação, efeitos e contra indicações das medicações solicitadas e a importância de seguir a prescrição médica.</p>
<p>3. Vantagens e desvantagens da internação <i>...não menina, eu já fui internada umas 19 vezes e nunca consegui parar de usar a droga (E6)</i> <i>Minha mãe me internou compulsoriamente no sanatório e hoje eu agradeço a ela porque, se não, eu já tinha era morrido (E1)</i></p>	<p>Coordenadoras – orientam sobre as formas de tratamento, modalidades e critérios para internação psiquiátrica. Participantes – contam suas experiências com a internação destacando os pontos positivos e negativos.</p>
<p>4. Sentimentos de medo e preocupação diante da recaída <i>... morro de medo de recair e decepcionar minha família... (E13)</i> <i>... tenho medo demais de recair e não conseguir parar mais, perder meu emprego... (E18)</i></p>	<p>Coordenadoras – explicam que a recaída é algo esperado e que faz parte do processo de tratamento para dependência química. Procuram trazer reflexões quanto aos aspectos positivos</p>

	da recaída e as formas de preveni-la. Participantes – contam o que aprenderam com as recaídas durante o processo de tratamento.
<p>5. Ansiedade como fator dificultador para viver abstinente <i>Tem hora que bate aquela ansiedade e a vontade é de ligar pro traficante mesmo... (E20)</i> <i>... é muito difícil parar de usar e droga e viver ansioso no limite, muito, muito difícil... (E8)</i></p>	Coordenadoras – tranquilizam os participantes quanto ao sentimento vivenciado e ensinam técnicas de respiração e relaxamento para reduzir a ansiedade. Reforçam as vantagens em estar abstinente.
<p>6. O medo de não ter sucesso no tratamento e de manter o vínculo estável com o cônjuge e família <i>Ah! Eu temo quando vêm aqueles pensamentos ruins na cabeça de que posso não dar conta e que vou perder a confiança deles (família) de novo... (E12)</i> <i>Minha esposa já falou que se eu não tratar ela não dá conta de mim mais... (E17)</i></p>	Coordenadoras – tranquilizam os participantes quanto ao sentimento vivenciado, reforçam o objetivo individual de cada participante e ajudam a administrar as expectativas.
<p>7. Dificuldades para enfrentar os problemas decorrentes da dependência química <i>Quando você chega embriagado em casa ou acorda depois de um porre e ter que enfrentar a carinha do seu filho, da sua esposa... Nossa! É ruim demais... é uma culpa tão grande... (E9)</i> <i>Pior dia no meu tratamento até hoje foi chegar aqui alcoolizado depois de cinco meses sem beber, senti muita vergonha por ter recaído... (E16)</i> <i>Teve um dia no serviço que o patrão me chamou a atenção e eu já tava com um monte de problemas e aquilo me tirou do sério. Sai da sala, peguei o carro da empresa e saí feito doido... e não resolveu nada... fui demitido... (E15)</i></p>	Coordenadoras – esclarecem sobre as consequências biopsicossociais do abuso de drogas; estabelecem junto aos participantes medidas para enfrentamento do problema; reforçam habilidades e atitudes necessárias que cada um possui e pode desenvolver para superá-las; traçam estratégias para o enfrentamento das dificuldades. Participantes – declaram sobre as estratégias utilizadas para a resolução de problemas.
<p>8. Fatores de proteção para o uso indevido de drogas <i>Hoje quando penso nas minhas filhas penso duas vezes antes de pensar em usar a droga, entendeu? A minha luta é por elas. (E2)</i> <i>Coloquei lembretes no telefone que dispara de 3 em 3 horas para me lembrar dos benefícios de ficar limpo... (E3)</i></p>	Coordenadoras – orientam sobre os fatores de proteção e fatores de risco procurando identificá-los junto com os participantes, reforçando os fatores que os protegem.
<p>9. Importância e o papel da família como parceira no tratamento para dependência química <i>... se minha mãe não estivesse aqui fazendo tratamento junto comigo, eu nem sei o que poderia acontecer... tem me ajudado muito... (E4)</i> <i>Minha esposa e minha filha não perde um atendimento aqui na sala de espera e no grupo de família, elas vem toda semana e isso me motiva a vir também... (E13)</i></p>	Coordenadoras – reforçam o papel e a importância da família no tratamento para dependência química. Participantes – contam suas experiências e as melhorias obtidas a partir da participação da família no tratamento.
<p>10. A fé como fator importante para motivação e enfrentamento <i>... Sabe eu tenho fé, esperança que as coisas vão melhorar em todos os sentidos. (E10)</i> <i>... eu gosto de participar do grupo porque aumenta minha esperança e minha fé que as coisas vão ficar bem.(E11)</i></p>	Coordenadoras – orientam que a fé é um aliado e um dos princípios para o tratamento eficaz; reforçam a importância de vivenciá-la concomitante ao tratamento.

3ª etapa: Encerramento e avaliação dos encontros

Para finalizar o encontro, do mesmo modo foram utilizadas técnicas de encerramento como por exemplo, leitura de mensagens e visualização de vídeos curtos com conteúdos motivacionais e reflexivos pertinentes a experiência vivenciada no grupo¹⁴

¹⁶. Os participantes eram convidados a refletir sobre a vivência e, a partir disso, escolher

uma palavra ou mensagem que expressasse sua avaliação do encontro e traduzisse o significado do grupo para si.

A avaliação dos usuários do serviço sobre sua participação no grupo, independentemente da técnica proposta, foi sempre positiva, indicando que a atividade tinha sido útil para ajudá-los naquele momento. Todos consideraram importante ter com quem conversar, sentir que alguém se preocupava com eles, receber o apoio tanto, das coordenadoras como dos outros membros do grupo, e perceber que não eram os únicos a enfrentar dificuldades. Alguns dos seguintes depoimentos foram captados pelas observadoras e registrados no diário de campo:

Foi muito bom, e eu sinto cada vez que saio daqui, cada dia melhor... (E11)

Foi bom, eu gostei e assim me senti bem... Eu sempre me sinto muito bem quando estou aqui (E2)

Bom demais da conta! Eu achei ótimo participar [...] saber que posso contar com vocês me fez sentir mais tranquilo, foi muito bom! (E3)

Muito ótimo! Bom, bom, bom! Precisava muito falar e eu consegui fazer isso aqui [...] to saindo bem mais leve, graças a Deus e a vocês do grupo... me ajudaram muito (E7)

Nessa investigação, as declarações de todos os usuários sobre sua experiência de participação nos atendimentos no grupo da sala de espera incluem, principalmente, efeitos benéficos, que contribuíram para a sensação de acolhimento na instituição foram igualmente registrados:

A gente vê que as pessoas (as coordenadoras) estão aqui no grupo realmente pra ajudar a gente, eu me sinto muito emocionado! (E14)

Eu me sinto bem, acho ótimo! Ouvir as pessoas falando, faz a gente refletir sobre as coisas, sobre o que a gente fez e tem feito tentando sempre fazer melhor a cada dia [...] (E1)

Eu me sinto bem, acho muito bom, engraçado né? A gente ri, chora, brinca, aprende também, é muito bom, bom mesmo. (E8)

Eu gosto de participar, me sinto bem à vontade, pelo atendimento que vocês fazem, pela motivação que vocês fazem a gente sentir [...] me sinto feliz de estar aqui com vocês. (E10)

Os participantes dos grupos afirmaram, também, que a oportunidade de participar das intervenções grupais produziu neles o sentimento de valorização de si mesmos e dos aspectos inerentes à vida, à família e ao tratamento:

A sala de espera é diferente dos outros grupos que eu participo porque você fala sobre tudo e escuta sobre todos os tipos de problemas e fala de coisas boas também, sobre a vida e como é bom viver bem, se sentir feliz, valorizar as pessoas, a família, o tratamento. (E11)

Eu não sabia que eu tinha tanto valor aqui no CAPS, não sabia que as pessoas me valorizavam tanto. (E5)

[...] e hoje eu me valorizo e valorizo minha família, eu aprendi o sentido de família, da importância do diálogo, a família é o principal do universo pelo menos eu acho. (E13)

A minha presença vale muito para mim e para o grupo, todos saem ganhando, de alguma forma, não tem como sair daqui como chegou, sempre levo algo a mais...e sempre aprendo alguma coisa a mais para minha vida. (E20)

Outro aspecto emergido entre todos os participantes foi a importância do grupo para o atendimento de suas necessidades de suporte emocional por outros profissionais que não os médicos e psicólogos, destacando inclusive, a atuação da enfermeira. Isso corrobora para o reconhecimento e valorização deste profissional no desempenho de suas funções, como evidenciam algumas declarações:

Eu achava que pra essas coisas emocionais quem cuidava era só psicólogo e médico, e no grupo eu vi que não é bem assim. Tem você, que é enfermeira a outra menina que é técnica em enfermagem, certo? Achei impressionante isso e hoje conto com vocês para me ajudar. (E13)

Menina, quando fiquei sabendo que era a enfermeira que cuidava do grupo junto com as outras duas meninas, eu pensei que era só enrotação. Achava que enfermagem era só para dar injeção [...] (risos) (E17)

[...] eu já chegava na unidade procurando o médico, outro profissional não servia. Mas eu cheguei aqui tão desesperada que quando percebi já estava no grupo de sala de espera participando... e o tanto que eu aprendi com vocês... só Deus para pagar mesmo [...] (E15)

Hoje eu chego aqui procurando você (enfermeira) e aquela loirinha (técnica em enfermagem) que coordena o grupo [...], preciso também dos outros profissionais, mas aprendi que cada um tem alguma coisa pra oferecer de bom pra gente[...] e o grupo é excelente...não pode acabar viu?(E16)

DISCUSSÃO

A tecnologia de intervenção grupal se constitui um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de assistência à saúde e, mais especificamente, no campo da saúde mental. Este recurso decorre, em grande parte, das condições criadas a partir da Reforma Psiquiátrica, tendo por principal objetivo a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico e o favorecimento do encontro de usuários e familiares, estes, coadjuvantes no processo de tratamento e recuperação do usuário. Portanto, planejar é uma etapa essencial para a boa funcionalidade de qualquer trabalho com grupo.^{8,17-19}

O entendimento do grupo, em todas as suas dimensões, exige do enfermeiro mais do que sua intuição. Para compreendê-lo e bem utilizar essa ferramenta, em todas as suas possibilidades, é fundamental ao profissional ora em questão, aliar conhecimento teórico e vivência, para assim viabilizar uma atitude assertiva. Daí também, a necessidade de formação específica do enfermeiro, para que suas ações no cuidado em saúde - ao utilizar essa ferramenta - seja de fato funcional e valorosa.^{1,8,20} Visto a importância do manejo grupal como ferramenta terapêutica, verifica-se nos dias atuais, a formação complementar em gestão de grupos para enfermeiros e que, algumas escolas de graduação em enfermagem já contemplam em seu currículo acadêmico disciplinas que discutem sobre a gestão e técnicas grupais como instrumento de cuidar em enfermagem.²¹

Observa-se que alguns enfermeiros se distanciam das intervenções grupais por receio de não saber o que dizer quando solicitado. Explorando as informações e orientações que os usuários solicitavam (Quadro 1), verifica-se que elas não diferem muito daquelas que se ouve diariamente em serviços de atendimento a usuário de drogas e seus familiares e que o enfermeiro tem conhecimento suficiente para oferecer. Entretanto, este profissional, no atendimento em grupos, deve estar preparado para adequar a abordagem do tema à situação vivida pelos participantes e às suas demandas.

O profissional de enfermagem deve evitar dar conselhos e valorizar a participação de todos para incentivar a partilha e a troca de conhecimentos e experiências, ao invés de fornecer, ele mesmo, as informações solicitadas. É necessário realizar uma escuta refinada e atenta para retificar possíveis erros de interpretação e compreensão sobre o tema abordado e inserir novos conhecimentos apontados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, complicações e formas de enfrentamento da crise.^{20, 22-25} Vale ressaltar que o oferecimento das informações e orientações pedidas, por si só, exerce um efeito terapêutico sobre os participantes, tanto por criar um ambiente propício para o esclarecimento de

dúvidas e obtenção das orientações necessárias, como por satisfazer suas necessidades de informações.¹⁷

Todos os usuários que participaram do grupo de sala de espera confirmaram os efeitos benéficos do grupo, ressaltando a importância do atendimento, tanto pela oportunidade de partilhar suas experiências e terem sanadas suas dúvidas como pelo apoio recebido dos outros participantes e pela verificação de que, além de si, existem outras pessoas vivendo condições semelhantes à sua.

As declarações corroboram a importância das informações, do suporte e das experiências compartilhadas com pessoas vivendo situações semelhantes, evidenciando que o grupo contribuiu para a satisfação das necessidades de cada integrante, proporcionando um espaço para consolidar a atuação do enfermeiro no ambiente grupal de educação e suporte.^{12,18-20}

Avaliar sistematicamente o processo grupal como instrumento para o cuidado de enfermagem não tem sido uma preocupação frequente dos profissionais que se utilizam dessa ferramenta. Uma das maneiras para melhor aproveitar o atendimento do grupo de sala de espera para avaliar a satisfação e efetividade desse tipo de cuidado é o conhecimento da opinião dos participantes do grupo a respeito do uso desse instrumento na assistência às suas demandas.^{17,18}

Verifica-se neste estudo que esta ferramenta foi útil para avaliação dos atendimentos em sala de espera, visto que os participantes puderam apresentar seu *feedback* quanto ao funcionamento e efetividade do grupo, contribuindo com informações pertinentes à melhoria e manutenção do atendimento grupal e proporcionando uma atmosfera motivacional aos profissionais envolvidos na condução desse tipo de intervenção.

Nesta investigação, todos os participantes afirmaram também, que o grupo é um instrumento de cuidado valioso para assistência, executada por outros profissionais, em especial pelo enfermeiro. Identificaram a importância e as atribuições desse profissional no serviço relacionado ao cuidado e suporte dispensado aos pacientes no atendimento às necessidades dos mesmos, humanizando as relações. Tais declarações corroboram o valor que a atuação desse profissional exerce nas tecnologias grupais. Evidência esta não observada em alguns estudos que discorrem sobre as práticas assistenciais executadas por enfermeiros em ambientes psicossociais, ressaltando a dificuldade deste profissional na definição de suas atribuições e a pouca utilização dos atendimentos grupais na assistência aos usuários dos serviços de saúde mental.^{8-10, 26-28}

Os sentimentos negativos relacionados ao processo de doença vivenciados pelos usuários do CAPSad e participantes do grupo de sala de espera fazem com que os mesmos sintam muita necessidade de escuta e atenção. Desta forma, esses sujeitos valorizam atividades que promovam bem-estar, conforto e alívio dos sentimentos negativos.^{1,18-20,22}

Sendo assim, o grupo de sala de espera foi considerado pelos participantes deste estudo, adequado para a assistência de enfermagem, entendendo que estes profissionais encontram-se disponíveis para a escuta atenta, contribuindo, portanto, para o cuidado integral e humanizado, atendendo-os em suas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção grupal em sala de espera foi planejada para oferecer atendimento às necessidades de informações e suporte aos usuários de um CAPSad, objetivando contribuir para o seu acolhimento no serviço. No grupo, os usuários tiveram a oportunidade de interagir com outros participantes, compartilhando de experiências semelhantes em um ambiente propício a partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas quanto a situação de crise vivenciada, ajudando-os a reduzir seus sentimentos negativos, acolhendo às suas demandas.

Esta atividade representou uma forma especial de atenção, valorizada e reconhecida pelos participantes desta pesquisa. O CAPSad não é um lugar qualquer, mas um espaço o qual eles reconhecem como referência e tratamento. Representa também a possibilidade de mudanças, tais como a de pensar em trabalhar, de retornar à realidade, de realizar um sonho, de fazer pensar que ele é capaz.

As intervenções na sala de espera proporcionaram momentos de reflexão, conhecimento, aprendizado, acolhimento, escuta e trocas. Contribuíram para a aproximação, interação e vínculo do cliente com os diversos profissionais da equipe e com o serviço, promovendo reflexões sobre o funcionamento da unidade, olhar integralizado e avaliação multiprofissional ao cliente, otimização das discussões e reelaboração das intervenções individuais e coletivas no serviço.

Esta tecnologia grupal é um instrumento de cuidado importante para atuação do enfermeiro, sendo possível realizar ações de educação em saúde aos usuários do serviço e proporcionar a escuta refinada, trocas entre os participantes do grupo e a equipe de trabalho, promovendo assim um espaço acolhedor, livre de críticas ou julgamentos.

Por ser um instrumento de cuidado importante para atuação do enfermeiro, o atendimento na sala de espera poderia tornar-se uma modalidade de assistência presente nos serviços de saúde, expandindo sua realização não apenas para as redes de atenção em saúde mental, mas, também, para as unidades de atendimento a saúde coletiva nos diversos níveis de assistência, onde há usuários que permanecem por longos períodos aguardando atendimento.

O planejamento é o fator determinante para o bom funcionamento das intervenções grupais e, para isso, o enfermeiro necessita ser criativo e organizado, mobilizar outros profissionais para o atendimento e buscar o apoio da gerência do serviço. Uma vez incorporado aos serviços, o grupo em sala de espera passará ser uma modalidade de cuidado da equipe multiprofissional que compõe o serviço. Para isso, é necessário sensibilizá-los para a importância e benefícios desse tipo de atendimento aos usuários e desenvolver competências da equipe técnica para condução de grupos terapêuticos.

O desejo de produzir algo original nos impulsionou a conclusão deste estudo. Aspira-se com este trabalho, que ele seja instrumento para enfermeiros que utilizam intervenções grupais de modo pouco estruturado ou que não utilizam o atendimento grupal como ferramenta de cuidado. Almeja-se sensibilizar estes profissionais quanto à importância e benefícios de atuar no cuidado a partir da assistência em grupos educativos e de suporte, principalmente no que tange o restabelecimento da saúde mental dos indivíduos.

Considera-se também, à partir da prática na condução de grupos de sala de espera aqui apresentada, que essa modalidade de intervenção contribua para promover a interação do cliente nas atividades desenvolvidas e com a equipe, aproximando-o cada vez mais do serviço de saúde, responsabilizando-o pelo tratamento ofertado e permitindo assim, que o cliente seja protagonista e agente da própria mudança.

REFERÊNCIAS

- Souza AMA, Fraga MNO, Braga VAB, Sabino LMM, Barbosa SM, Pacheco JS, et al. Grupos de sala de espera. In: Souza AMA, organizadora. Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa. Fortaleza (CE): Expressão Gráfica Editora 2011. p.85-93.
- Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germant ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências*. 2009; 5: 101-106.
- Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo com estratégia para o cuidado de enfermagem [tese]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

- Ruiz VR, Lima AR, Machado AL. Educação em saúde para portadores de doença mental: um relato de experiência. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2004; 38: 190-6.
- Esperidião E, Oliveira MAE, Pontiere MSS. Sala de espera: uma ocasião de atenção primária em saúde mental: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm.* 1992; 45: 145-8.
- Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15: 320-5.
- Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupo. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2007.
- Souza AMA, Fraga MNO, Moraes LMP, Garcia MLP, Moura KDR, Almeida PC, Moura EMV. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem.* 2004. Out-Dez, 13 (4): 625-32.
- Silva GA. Atuação dos profissionais nos serviços em saúde mental de Goiânia-GO [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
- Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental do interior do estado de Goiás. [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.
- Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Ed da UFSC; 1999.
- Yalom ID, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Trad. Costa RC. Porto Alegre (RS): Artmed, 2006.
- Lüdke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- Militão A, Militão R. Jogos, dinâmicas e vivências grupais: como desenvolver sua melhor “técnica” em atividades grupais. 2.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2000.
- Fritzen SJ. Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 9.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1986.
- Berkenbrock, VJ. Histórias para dinamizar reuniões: para reuniões de planejamento, de avaliação, de motivação, de entrosamento e outras ocasiões em instituições e organizações. 4.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007.
- Munari DB, Furegato AR. Enfermagem e grupos. 2.ed. Goiânia: AB; 2003.
- Corey G, Corey MS. Groups: process and practice. Belmont: Thomson Brooks/Cole; 2006.
- Spadini LS, Souza MCBM. Preparo de Enfermeiros nos grupos em saúde mental e psiquiatria. *Esc Anna Nery RevEnferm.* 2010. abr-jun. 14 (2): 355-360.
- Fernandes CNS, Munari DB, Soares SM, Medeiros M. Habilidades e atributos do enfermeiro como coordenador de grupos. *Rev. RENE.* 2008. jan./mar. Fortaleza. 9 (1): 146-53.
- Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica / saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 dez. 10 (4): 684 - 93.

Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 7.ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1991.

Fernandes CNSF. O enfermeiro como coordenador de grupos: contribuições da dinâmica de grupo [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a20.pdf

Oliveira LMAC, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PMC, Munari DB. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. RevEscEnferm USP 2010; 44(2):429-36.

Souza J, Kantorski LP, Luis MAV, Oliveira NF. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 729-38.

Spadini LS, Souza MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. Esc Anna Nery R Enferm 2006 abr; 10 (1): 132 – 8.

Macêdo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):222-30.

Artigo 2

Avaliação da tecnologia de intervenção grupal em sala de espera em um serviço de saúde mental

Assessment of the group waiting room in a mental health service

Evaluación de la sala de espera del grupo en un servicio de salud mental

Juliana Macedo Melo¹; Elizabeth Esperidião²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de fatores terapêuticos nos grupos de sala de espera na perspectiva dos coordenadores e dos usuários em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás. A coleta de dados ocorreu por meio da observação participante, do instrumento tipo *check-list* com base no *Q-sort* de fatores terapêuticos e entrevistas individuais. Os dados foram submetidos à análise temática, segundo pressupostos de Lüdke e Andre (1986), com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2. Os resultados evidenciaram a presença de todos os fatores terapêuticos investigados. Desta forma, os grupos na sala de espera favoreceram a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudaram seus participantes no enfrentamento das situações de crise. Permitiram também exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes e ainda espaços terapêuticos de tratamento e educação em saúde.

Palavras-chave: Processos grupais, Assistência a Saúde, Grupos de Apoio, Serviços de Saúde Mental, Saúde Mental.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the presence of therapeutic factors in groups waiting room from the perspective of engineers and users in a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs in the state of Goiás. Data collection occurred through participant observation, the instrument type checklist based on the *Q-sort* of therapeutic factors and individual interviews. The data were subjected to thematic analysis according to assumptions Lüdke and Andre (1986), with the aid of ATLAS.ti 6.2 *software*. The results showed the presence of all therapeutic factors investigated. Thus, the groups in the waiting room favored the action of certain therapeutic factors that helped participants in facing the crisis. Also allowed citizenship, freedom of expression and the coexistence of different spaces and even therapeutic treatment and health education.

¹ Juliana Macedo Melo, Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Docente em Enfermagem. jumacedomelo@gmail.com

² Elizabeth Esperidião, Enfermeira. Doutora. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. betesper@ufg.com

Keywords: Group processes, Health Care, Support Groups, Mental Health Services, Mental Health.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de factores terapéuticos en grupos sala de espera desde la perspectiva de los ingenieros y usuarios en un Centro de Atención Psicosocial de alcohol y drogas en el estado de Goiás recolección de datos ocurrió a través de la observación participante, la lista de tipo de instrumento basado en el *Q-sort* de factores terapéuticos y entrevistas individuales. Los datos fueron sometidos a análisis temático de acuerdo a supuestos Lüdke y André (1986), con la ayuda de ATLAS.ti 6.2 *software*. Los resultados mostraron la presencia de todos los factores terapéuticos investigados. Por lo tanto, los grupos en la sala de espera favorecieron la acción de ciertos factores terapéuticos que ayudaron a los participantes en frente a la crisis. También permitió la ciudadanía, la libertad de expresión y la coexistencia de los diferentes espacios y tratamiento, incluso terapéutico y la educación sanitaria.

Palabras-clave: Procesos de grupo, La salud, grupos de apoyo, Servicios de Salud Mental, Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico pelo serviço extra-hospitalar, psicossocial. Os CAPS são escolhidos pelo Ministério da Saúde como os articuladores da rede de saúde mental e sua principal característica é buscar integrar o seu usuário em um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nos CAPS, o cuidado é realizado valorizando-se as atividades coletivas, haja vista possuir a proposta de inserção social dos usuários, a participação das famílias no processo de tratamento e a vinculação territorial do serviço. Desta forma, espera-se que as equipes de saúde desses centros se preocupem em fazer um acolhimento humanizado à assistência e compartilhem com o usuário e a família o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção, estabelecendo uma relação de parceria no cuidado de pessoas em sofrimento mental (ASSIS et al, 2010).

No que se refere ao acolhimento dos usuários no serviço, o atendimento na sala de espera é uma das intervenções que tem o intuito de garantir um

espaço de escuta e trocas, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade, os profissionais e os serviços de saúde. É por meio da sala de espera que a equipe tem a oportunidade de desenvolver atividades que vão além do cuidado, como a educação em saúde, estimulando as interações dinâmicas entre usuário, família e equipe multiprofissional (RODRIGUES et al, 2009; PONTES et al, 2006).

Embora não seja uma prática rotineira para todos os enfermeiros, o trabalho com grupos pode ser uma estratégia eficiente para o atendimento de diversas necessidades do cliente. A tecnologia de grupo é útil também para o desenvolvimento de socialização, aprendizagem de autocuidado, oferecimento de apoio em situações de crise e alívio de seus sentimentos, possibilitando trocas de experiências e reflexões sobre si mesmo e para com o outro (ASSIS et al, 2010; RODRIGUES et al, 2009; PONTES et al, 2006; OLIVEIRA, 2006; SCHETMAN; GLUK, 2005; OSÓRIO, 2000).

Não obstante, como em toda intervenção terapêutica, alguns participantes podem não se beneficiar com o grupo. A satisfação de seus clientes é considerada um fator essencial para a avaliação da efetividade de um grupo terapêutico. Entretanto, na maioria das vezes, a eficiência dos grupos é avaliada de forma assistemática, quase sempre considerando exclusivamente a perspectivas dos coordenadores, isto é, o que eles consideram ser bom para os participantes. Além disso, não há muitas publicações sobre formas mais sistematizadas de avaliação dos grupos. Considerando que o potencial dos grupos para produzir mudanças em seus integrantes, o estudo dos mecanismos pelos quais as pessoas mudam ao participar de um grupo pode facilitar essa avaliação (OLIVEIRA, 2006; MUNARI; FUREGATO, 2003; OSÓRIO, 2000).

Durante a participação em grupos, os participantes vivem muitas experiências significativas, as quais podem mudar a compreensão dos fatos da vida dos integrantes e ajudar na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas.

Os mecanismos que possibilitam o processo de mudança são chamados de fatores curativos ou terapêuticos e sua ocorrência no decorrer dos grupos permite avaliar a eficiência desses grupos em proporcionar experiências com valor terapêutico aos seus participantes (YALOM, 1975; YALOM, LESZCZ, 2006).

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de fatores terapêuticos nas intervenções grupais em sala de espera na perspectiva dos usuários e coordenadores do grupo em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do estado de Goiás.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2013, com os usuários e profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do interior do Estado de Goiás.

Neste estudo, se compreende como usuários do serviço, os clientes em sofrimento devido ao uso de drogas, seus familiares e acompanhantes.

Foram considerados critérios de inclusão os seguintes fatores: ser cliente em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas, ou seu familiar e/ou seu acompanhante vinculado ao referido serviço, com idade igual ou superior a 18 anos e ter participado no mínimo em dois atendimentos na sala de espera.

O grupo de sala de espera foi implantado no referido serviço em 2011 e desde então tem sido conduzido por três profissionais integrantes da equipe do CAPSad, a saber: uma enfermeira que é pesquisadora responsável deste estudo e duas técnicas em enfermagem (umas delas com formação, também, em terapia ocupacional).

Vale dizer que a condução do grupo era revezada entre as profissionais, sendo que duas assumiam o papel de facilitadoras da condução do grupo e a outra o papel de observadora.

Os atendimentos ocorrem duas vezes por semana, enquanto os usuários permanecem na sala de espera, aguardando atendimento médico. Este momento foi escolhido pelo tempo prolongado de espera e pela ociosidade e ansiedade observada nos usuários durante este período. Os atendimentos têm duração de 60 minutos e os participantes são livres para entrar e sair do grupo sem prejuízo na condução do mesmo.

Os dados foram coletados de três formas:

1ª. Observação Participante em que uma das profissionais anotava em diário de campo as manifestações dos usuários durante as discussões no grupo

de intervenção em sala de espera, seguindo os pressupostos de Lüdke e Andre (1986).

2ª. Por meio de um instrumento tipo *check-list*, elaborado com base no Q-sort de fatores terapêuticos de Yalom (1975), preenchidos pelas coordenadoras do grupo ao final de cada encontro, contendo as reflexões sobre os fatos ocorridos e fenômenos observados durante a realização da intervenção grupal.

Para o preenchimento do *check-list*, as duas coordenadoras dos encontros foram treinadas pela pesquisadora responsável em dois momentos, sendo que o objetivo do primeiro treinamento foi conhecer os fatores terapêuticos, significados e aplicação na pesquisa. O segundo momento teve por objetivo explorar o *check-list* e identificar os pontos a serem observados durante os encontros na sala de espera.

O *check-list* incluiu todos os fatores terapêuticos contidos na relação original, com exceção de “reedição corretiva do grupo familiar primário” e “catarse”, cuja ocorrência é mais comum em grupos psicoterapêuticos do que em grupos informativos e de suporte (OLIVEIRA et al, 2008).

3ª. Através de entrevistas individuais com os participantes das intervenções grupais em sala de espera do CAPSad em questão, em que foram gravadas em áudio.

No início de cada encontro, os sujeitos eram informados quanto ao desenvolvimento da pesquisa, os objetivos que esta possui e convidados a participar de uma entrevista individual norteada por roteiro específico. O roteiro continha a descrição de todos os fatores terapêuticos investigados neste estudo, através de afirmações que eram assinaladas caso o entrevistado reconhecesse ter vivido a experiência descrita, referente à sua participação no grupo em sala de espera.

A entrevista individual foi desenvolvida com os usuários que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa, em local e horário definido de acordo com a disponibilidade dos mesmos. A entrevista individual objetivou avaliar a presença dos fatores terapêuticos nas intervenções grupais em sala de espera na perspectiva de seus participantes.

Considerando a recusa de cerca de 90% dos convidados a participar das entrevistas individuais, foi necessário empreender mais intervenções grupais no intuito de obter mais aceite de outros participantes até a saturação dos

dados. Ressalta-se que alguns encontros ocorreram normalmente mesmo sem o aceite dos usuários para a realização da entrevista.

Os registros obtidos nas três formas de obtenção de dados foram analisados com o auxílio do *software* ATLAS.ti 6.2, e de acordo com os pressupostos de Lüdke e Andre (1986), mais especificamente em relação à análise temática.

Neste sentido, os documentos foram lidos exaustivamente e durante as leituras procurou-se identificar palavras e frases que tivessem maior frequência de citação e pudessem ser agrupadas por afinidade. Tal processo deu origem aos conceitos, denominados de *codes* no referido *software*. Aqueles que se assemelhavam foram agrupados dando origem as subcategorias ou *quotations*, denominação do ATLAS.ti, e esses, por sua vez, foram agrupados por afinidade criando as *families*, as quais correspondem às categorias propriamente ditas.

Desta forma, as *families* foram visualizadas a partir de uma rede (*network*) de elementos no ATLAS.ti, as quais permitiram fazer relações entre os *codes* e *quotations* que também puderam ser visualizadas num esquema gráfico.

As categorias temáticas foram analisadas e discutidas com base na literatura especializada sobre o tema em bases de dados.

As falas dos sujeitos que ilustram as *families* foram codificadas no ATLAS.ti e a referência da citação é formada pelo número do sujeito seguido do número de ordem do núcleo temático no documento transcrito (1: 5; 7: 12).

Todos os procedimentos éticos foram obedecidos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, órgão este responsável pela normatização de pesquisa com seres humanos. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás, protocolo n. 215/12.

RESULTADOS

No período de coleta de dados foram registrados em diário de campo 20 atendimentos do grupo de sala de espera. O número de participantes em cada atendimento variou de 5 a 13 usuários, totalizando 160 pessoas. Foram entrevistados, individualmente, 10 usuários de álcool e outras drogas, 3 familiares e 1 acompanhante.

A maioria dos participantes do estudo foram homens (64%), com idade entre 31 e 60 anos (85,72%), que estavam em tratamento e participando dos grupos de sala de espera há mais de seis (6) meses no CAPSad (71,42%).

A presença dos fatores terapêuticos nas intervenções grupais em sala de espera foi avaliada segundo o ponto de vista da coordenação do grupo e de seus participantes, buscando identificar nos registros do diário de campo, no *check-list* de cada reunião e nos relatos das entrevistas individuais, as expressões sugestivas da presença de cada um deles.

Os fatores terapêuticos “instilação da esperança”, “universalidade”, “oferecimento de informações”, “aprendizagem interpessoal” e “coesão do grupo” foram observados pelas coordenadoras do grupo de sala de espera em todos os encontros, enquanto que alguns outros foram bem menos frequentes, deixando de ser tão representativos nas experiências dos participantes (Quadro1).

Quadro 1. Fatores terapêuticos observados pelas coordenadoras do grupo de sala de espera de um CAPSad do interior do Estado de Goiás, 2013.

Encontros Grupos Sala de Espera/ Fatores Terapêuticos Observados	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º
Instilação da esperança	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Universalidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oferecimento de Informações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprendizagem interpessoal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coesão do grupo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fatores existenciais	-	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-	X	X	X	X	X	-	X	-	X
Altruísmo	-	-	X	-	-	X	X	-	-	X	X	X	X	-	-	X	X	-	X	X
Socialização	X	-	X	X	X	-	X	X	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	X
Comportamento imitativo	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X

Por outro lado, na perspectiva dos entrevistados, todos os fatores terapêuticos foram reconhecidos pela expressiva maioria deles (Quadro 2).

Quadro 2. Fatores terapêuticos evidenciados nas entrevistas com participantes do grupo de sala de espera de um CAPSad do interior do Estado de Goiás, 2013.

Fatores Terapêuticos Evidenciados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14
Instilação da esperança	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Universalidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Altruísmo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprendizagem interpessoal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coesão do grupo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Socialização	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X
Fatores existenciais	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comportamento imitativo	X	X	X	X	X	-	X	X	-	-	X	X	X	X

A análise dos relatos permite afirmar que os atendimentos em sala de espera propiciaram a aquisição de benefícios no processo terapêutico. Por meio do conteúdo expresso pelos participantes foi possível avaliar a tecnologia de intervenção grupal em sala de espera, identificando a presença dos fatores terapêuticos descritos por Yalom (1975).

A **instilação da esperança** que surge a partir da convivência com pessoas que vivem situação semelhante representada pela esperança de cura ou de que as coisas possam ser diferentes, pode ser identificadas nas falas a seguir:

(...) cada vez que saio daqui, que eu participo na sala de espera, eu sei que é mais um dia da minha vida que eu to me reforçando pra poder sair de tudo o que eu vivi. (3:6)

Eu gosto de participar do grupo porque aumenta minha esperança e minha fé ao ver que outras pessoas estão bem e ouvir a história da vida delas, todo aquele sofrimento e hoje estarem melhores por estar participando do mesmo tratamento que eu, dá mais esperança. (12:12)

A **Universalidade** que permite aos membros do grupo perceber que não são os únicos a viver um problema, é igualmente referenciada:

(...) a gente conhece os problemas dos outros e percebe que o nosso é pequeno. (10:4)

(...) A gente vê que não é só a gente que tem esse tipo de problema e que outras pessoas também têm né. (7:3)

O **Oferecimento de informações** que inclui todas as orientações técnicas e conduzidas pela coordenação do grupo, são observadas nos seguintes depoimentos:

(...) vi que estava extrapolando com o medicamento, porque teve momentos em que você mesmo (coordenadora) orientou sobre a forma correta do uso e a importância disso e teve uma moça no dia que falou que teve que ir pro hospital porque tomou muito remédio e usou droga a noite quase toda. E vendo isso me fez mudar, hoje eu tomo o remédio certinho e nunca mais tive convulsões e nem desmaiei. (11:12)

A gente tira as dúvidas, assiste alguma reportagem interessante, não só sobre as drogas, mas coisas que faz a gente refletir sobre o que eu quero pra mim ou que é melhor pra mim. (14:12)

A **Aprendizagem interpessoal** em que as oportunidades de experienciar situações semelhantes, dentro e fora do grupo, propiciam realizar mudanças no comportamento pessoal, clarear as dificuldades, encontrar alternativas para enfrentar problemas e experimentar novos comportamentos estão expressas nos seguintes relatos:

(...) hoje sei o que é respeitar as pessoas que gostam da gente, respeitar meus limites. (14:3)

(...) falar ficou mais fácil, me relacionar com as pessoas ficou melhor. (13:10)

A **Coesão do grupo**, a qual é caracterizada pelas relações dos membros com o coordenador, outros participantes e do grupo como um todo é descrita como resultado de todas as forças que atuam sobre cada participante para que ele permaneça no grupo. Os seguintes depoimentos ilustram a presença deste fator terapêutico:

No grupo a gente não se sente sozinha eu sempre me senti a vontade e aceita pelas pessoas. (12:20)

(...) sou homossexual e usuário de drogas, desde a primeira vez que vim aqui e participei da sala de espera, eu me incluí completamente ao grupo e não

sofri nenhuma forma de preconceito, todos respeitam a todos, de uma forma generalizada. Antes eu era rejeitado pelas pessoas lá fora, nunca aqui no CAPS.

(13:9)

O **Altruísmo**, por sua vez, diz respeito ao fato de compartilhar uma parte de si mesmo com outros integrantes do grupo. Esse fator terapêutico foi percebido pelas coordenadoras em 11 encontros do grupo de sala de espera e identificados por todos os participantes entrevistados, identificado por expressões como as que seguem:

(...) a gente vai conformando e sendo confortada com a história dos outros e podendo assim, contar a da gente também para ajudar outras pessoas.

(4:6)

(...) a gente conhece os problemas dos outros e percebe que o nosso é pequeno, isso quer dizer, que se torna motivo para gente participar mais e poder ajudar nossos colegas. (10:5)

Outro fator terapêutico observado pelas coordenadoras e vivenciado pelos participantes do grupo de sala de espera foi o **desenvolvimento de técnicas de socialização**, isto é, a habilidade de se relacionar de forma direta, honesta e íntima com outras pessoas do grupo, percebida em 11 encontros grupais e vivenciado pela maioria dos participantes, evidenciado nas falas a seguir:

Antes eu era mais fechada com as pessoas e conviver com o grupo, me ensinou a me expressar, de falar o que estava sentindo, me ajudou a me soltar mais, a participar, ter mais coragem para falar, de expor meus sentimentos, problemas que eu já tive. (12:18)

Tenho aprendido bastante ao ouvir e falar com as outras pessoas. (6:2)

No grupo, tanto o líder como os demais membros tornam-se modelos de comportamentos novos e mais saudáveis. O **comportamento imitativo** pode ser o primeiro passo para a internalização de novos comportamentos e valores. Este fator terapêutico foi observado pelas coordenadoras em 5 encontros grupais e experienciado pelos participantes em sua maioria, como pode-se verificar nas declarações a seguir:

(...) eu não tinha coragem de contar, e quando a gente ta no grupo, a gente cria coragem de contar tudo o que já passou (risos). (12:19)

Eu lembro no primeiro dia que entrei no seu grupo tava você (coordenadora) e a Girassol (coordenadora), eu não sabia o que fazer, pra onde olhar, lembro que fiquei com a cabeça baixa olhando para os pés ai de vez em quando olhava para um e para outro, mas ouvia o que eles diziam, e ouvir o que as pessoas do grupo falavam foi me dando coragem, motivação para falar, me expressar e até chorar.(13:12)

Os **Fatores existenciais** são os elementos no processo grupal que ajudam a lidar com os pressupostos da existência humana, como: morte, isolamento, liberdade e falta de significado foram referidos pela maioria dos participantes do grupo de sala de espera e observado em 13 encontros pelas coordenadoras, verificados nos depoimentos a seguir:

(...) o grupo me ensinou que existe caminhos que podem dar certo lá na frente ou errado. Para saber o resultado, eu preciso percorrer os caminhos, as opções que a vida me dá. (13:11)

A gente vem aqui [no grupo de sala de espera] porque precisa, se a gente vem aqui, a gente leva coisas boas... Mas coisas ruins também né... Pois eu aprendi e percebi que a vida terá momentos bons e ruins, altos e baixos, que vai nos ensinar a viver melhor e a enfrentar o mundo lá fora. (5:2)

DISCUSSÃO

Os grupos de sala de espera podem funcionar como “espaço potencial”, espaço esse em que são desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, interagindo o conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde. Estes detêm a oportunidade de estar desenvolvendo ações que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção dos agravos e na promoção da saúde e da vida (RODRIGUES et al, 2009).

Ressalta-se que o enfermeiro é um agente fundamental na construção de um fazer em saúde, e através da sala de espera, o profissional pode compreender as necessidades dos usuários, convocando-os para a co-construção de alternativas duradouras e seguras na solução de possíveis problemas que possam surgir (RODRIGUES et al, 2009).

Em pesquisa desenvolvida com 45 pacientes participantes de um grupo de sala de espera do Ambulatório de Dependência Química de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo foi evidenciado que 60% dos participantes consideraram a identificação dos fatores de risco como um dos benefícios obtidos na participação do grupo (CIRIBELLI et al, 2008). Este achado apóia os resultados deste estudo, pois aponta a presença do fator terapêutico “oferecimento de informações” percebido pelos participantes e coordenadoras do grupo, fortalecendo a importância das ações educativas nos atendimentos na sala de espera em um CAPSad. Pode-se dizer que a presença deste fator terapêutico contribui significativamente para a aquisição de habilidades e manejo na relação direta com o uso de droga e implementa habilidades para lidar de forma adequada com as situações de risco.

Diante das diversidades e variações nas vivências grupais, as atividades na sala de espera favorecem também o desenvolvimento do sujeito. O objetivo é o manejo de ações coletivas, identificando as realidades psicossociais das pessoas, seus territórios e as formas relacionais participativas de intervenção. As habilidades desenvolvidas permitem aperfeiçoar e desenvolver os aspectos intelectuais, emocionais e sociais no processo da formação humana (TEIXEIRA; VELOSO, 2006; RODRIGUES et al, 2009).

Estudos realizados com famílias em situações de crise mostraram que os fatores terapêuticos “oferecimento de informações” e “altruísmo” foram evidenciados pela troca sincera de informações como primeira tentativa para solução de problemas no grupo e também relataram benefícios práticos advindos das informações e soluções compartilhadas, baseadas no que tinha funcionado para outros participantes como forma de ajuda mútua (VINOGRADOV; YALOM, 1992; CHIEN et al, 2005; SHECHTMAN; GLUK, 2005; HÄGGMAN-LAITILA; PIETILÄ, 2007; BRAGADÓTIR, 2008).

Nos grupos terapêuticos, os participantes ganham por darem, não apenas por receberem ajuda como parte da sequência recíproca de dar e receber, mas também por se beneficiarem com algo que é intrínseco com o ato de doar. O atendimento em grupo é peculiar por ser o único que oferece aos sujeitos a oportunidade de beneficiar outras pessoas, e também estimula a versatilidade dos papéis, exigindo que os indivíduos se alternem nos papéis de receber e partilhar ajuda (YALOM; LESZCZ, 2006).

Ao participar dos grupos na sala de espera, os sujeitos possuem a oportunidade de criar e fortalecer elos com fatores protetores da saúde, sentindo-se mais preparados para passar de expectadores a protagonistas da sua própria história (VERISSIMO; VALLE, 2005).

Em estudo com um grupo de diabéticos, os fatores terapêuticos “oferecimento de informações”, “coesão”, “universalidade”, “aprendizagem interpessoal”, “desenvolvimento de técnicas de socialização”, “altruísmo”, “comportamento imitativo” e “instilação de esperança” foram identificados nas falas dos entrevistados e considerados indicativos de que, assim como na intervenção grupal na sala de espera, o grupo promoveu interação benéfica entre os membros e permitiu compartilhamento de experiências positivas (OLIVEIRA et al, 2009).

Na avaliação de um grupo de suporte para familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (OLIVEIRA et al, 2008), foram identificados os fatores terapêuticos universalidade, oferecimento de informações, coesão, fatores existenciais e instilação de esperança. Os autores declararam sua presença como indicadora da contribuição do grupo para fortalecer seus participantes frente à experiência vivida. Esses resultados corroboram os encontrados no grupo de sala de espera, fortalecendo a importância dessa tecnologia para auxiliar no enfrentamento dos usuários as situações de crise advinda do consumo do álcool e outras drogas em um CAPSad.

A condição para que outros fatores terapêuticos sejam eficientes é a presença da coesão grupal. Em grupos em que este princípio é marcante, os participantes se sentem pertencentes ao grupo, experimentam afeto e conforto, valorizam os seus integrantes e sentem-se valorizados, aceitos e amparados pelos outros componentes. Esse movimento amplia a confiança para expressão dos sentimentos e das experiências vivenciadas (YALOM; LESZCZ, 2006; OLIVEIRA et al, 2008).

Segundo Yalom e Lezscz (2006), membros de grupos terapêuticos adquirem habilidades sociais sofisticadas, tais como: sintoniza-se com a vivência em grupo, aprendem como responder de forma útil aos outros, adquirem métodos de resolução de conflitos, são menos prováveis de julgar e mais capazes de experimentar e expressar empatia. Essas habilidades ajudam esses pacientes em interações sociais futuras, e constituem as bases da inteligência emocional.

Todo ser humano deve ser preparado, para elaborar pensamentos autônomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder tomar decisões por si mesmo e agir nas diferentes circunstâncias da vida. Participantes de grupos de suporte podem ter benefícios psicológicos, emocionais, e até mesmo físicos, com o apoio recebido dos integrantes para um envolvimento significativo nos desafios da vida (DELORS et al, 1998; OLIVEIRA et al, 2008).

A autonomia como dispositivo do cuidado integral é o resgate da cidadania das pessoas, com o fortalecimento da autoestima, do poder contratual e do autocuidado, tendo como pilar o projeto terapêutico singular de cada usuário do CAPSad. Nos atendimentos na sala de espera, é preciso trabalhar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos desses indivíduos para que possam, um dia, voltar a gerenciar suas vidas (TEIXEIRA; VELOSO, 2006; JORGE et al, 2008; RODRIGUES et al, 2009).

Em qualquer grupo, a instilação da esperança e a universalidade são essenciais para motivar a pessoa a aderir o grupo para receber apoio. É importante que o coordenador utilize estratégias que auxiliem na tarefa de aumentar a crença e confiança dos participantes na efetividade do grupo. Para isso é necessário reforçar expectativas positivas, corrigir preconceitos, explicar sobre o poder do grupo para ajudar as pessoas e incentivar o testemunho de participantes que já frequentaram outras sessões sobre sua melhora. Além disso, como os grupos geralmente integram pessoas em diferentes estágios de enfrentamento, o contato com membros que melhoraram, em função de sua participação no grupo, funciona como uma fonte de esperança (YALOM; LESZCZ, 2006; OLIVEIRA et al, 2008).

A importância do terapeuta do grupo para aumentar a crença e a esperança dos participantes na eficácia do grupo é evidenciada na investigação de Ciribelli et al (2008) que demonstra, de acordo com os pacientes, a sala de espera como recurso terapêutico importante para estimular a coragem e a confiança e para controlar, reduzir ou abster do uso de substâncias psicoativas através da ajuda e o apoio do terapeuta (68,88%).

É através dos diálogos que acontecem na sala de espera que se pode detectar não somente os problemas referentes à saúde, através de expressões faciais dos pacientes e de suas dimensões físicas e psicossociais; mas também é

possível avaliar, interagir, desmistificar determinados tabus e entender determinadas crenças, acreditar na efetividade do grupo e na potencialidade de cada integrante, fortalecer a esperança dos participantes e conseqüentemente ver e entender o usuário na sua totalidade (RODRIGUES et al, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da maioria dos fatores terapêuticos nas intervenções grupais em sala de espera junto aos usuários de um CAPSad confirmou que, embora tenham sido descritos como elementos terapêuticos de grupos psicoterápicos, podem ser identificados em grupos de suporte e serem úteis na avaliação de seus resultados.

A importância terapêutica dos grupos de suporte está na possibilidade de favorecer a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam seus participantes no enfrentamento das situações de crise vivenciadas e, também, permitir o exercício da cidadania, a expressão de liberdade e a convivência dos diferentes e ainda espaços terapêuticos de tratamento e educação em saúde.

Os participantes deste estudo evidenciaram que as vivências terapêuticas são possibilitadas pelo compartilhamento de experiências com outras pessoas em situações similares, e pelo apoio recebido dos terapeutas e dos outros integrantes do grupo, os quais ajudaram no enfrentamento dos problemas advindos do consumo de substâncias psicoativas.

Considerando o perfil ideal de funcionamento do CAPSad e suas características, fundamentadas na PNSM, entendemos que a tecnologia de intervenção grupal em sala de espera é um recurso terapêutico e educativo de suma importância no atendimento aos usuários deste serviço, considerando também, as especificidades da clientela, que poderiam ser incorporadas em outros serviços de saúde. É uma ferramenta, e uma vez bem manuseada tem grande potencial para acolher, aproximar, romper estigmas, informar e oferecer suporte.

Os resultados dessa investigação ressaltam, ainda, a importância da sala de espera como espaço potencial para estimular mecanismos de ajuda, espaço de escuta e educação em saúde, oportunidades de compartilhar sentimentos e pensamentos, resgatar a autoestima, autoconfiança, autovalorização e a força,

aspectos não incluídos na lista dos fatores terapêuticos apresentada pelo referencial teórico adotado. Entretanto, é importante destacar que, independente do objetivo, a condução do trabalho com grupos requer a atuação de profissionais com preparo específico para atender às necessidades e movimentos do grupo.

Consideramos que grupo de sala de espera é um instrumento capaz de cumprir os objetivos de sua idealização e possibilita novas formas de pensar o trabalho institucional. Na saúde mental, o trabalho com grupo, constitui ferramenta primordial da enfermagem para o cuidado e a assistência ao paciente e seus familiares.

Desta forma, é essencial que o enfermeiro busque a formação e o preparo adequado para o bom desempenho no gerenciamento de grupos. Acreditamos que esse preparo começa com o autoconhecimento e com saberes específicos sobre técnicas e dinâmicas de grupo. Assim, possivelmente a estratégia grupal poderá ser aplicada com efetiva segurança pelo enfermeiro. Neste sentido, ele estará valorizando a prática da Enfermagem na assistência aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Verificamos ainda, a importância de se buscar um novo olhar para a saúde, cuja fundamentação esteja na formação de profissionais sensíveis e comprometidos com o que fazem e com a realidade na qual atuam. Neste novo olhar, os aspectos emocionais surgem como um ponto fundamental ao processo de reconhecimento do caráter multidimensional e complexo do ser humano.

Sendo assim, há a necessidade de investir na formação do enfermeiro mediador de emoções. Isto constitui um grande desafio rumo às práticas de saúde humanizadas decorrentes de um processo lento de conscientização e incorporação de um novo conhecimento pelos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

Assis AP, Silva, PP, Claudino TX, Oliveira ACG. Grupo de familiares na prática de ensino de graduação de enfermagem. Rev. Esc. Enferm.USP. 2010. 44 (3): 833-8.

Bragadóttir H. Computer-mediated support group intervention for parents. J NursScholarsh. 2008. 40(1):32-8.

Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. J AdvNurs. 2005. 51(6): 595-608.

Ciribelli EB, Luiz AMAG, Gorayeb R, Domingos NAM, Filho ABM. Intervenção em sala de espera de Ambulatório de Dependência Química: caracterização e avaliação de Efeitos. *Temas em Psicologia*. 2008. 16(1): 107-18.

Delors J, Amagi I, Carneiro R, et al. Educação: um tesouro a descobrir - relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.

Häggman-Laitila A, PietiläAM. Perceived benefits on family health of small groups for families with children. *Public Health Nurs*. 2007. 24(3):205-16.

Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2008.16(7): 3051-60.

Lüdke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.

Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e grupos. 2.ed. Goiânia: Ab, 2003.

Osório LC. Grupos: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo com estratégia para o cuidado de enfermagem [tese doutorado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2006.

Oliveira LMAC, Medeiros M, Brasil VV, Oliveira PMC, Munari DB. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paul Enferm*, 2008. 21(3): 432-38.

Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *RevEscEnferm USP*. 2009;43(3):558-65.

Pontes CMM, Fernandes VO, Gurgel MHC, Veras VS, Quidute ARP, Carvalho SL, Montenegro RM. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2006. 19(4): 197-202.

Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germant ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências*. 2009. 5(7): 101-6.

Shechtman Z, Gluk O. An investigation of therapeutic factors in childrens groups. *GroupDyn*. 2005. 9(2):127-34.

Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2006. 15(2):320-5.

Veríssimo DS, Valle ERM. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. 2005. 6(2): 28-36.

Vinogradov S, Yalom ID. Manual de psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.

Yalom ID, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Advindo as mudanças no modelo assistencial e a ampliação do olhar ao sujeito que sofre com transtorno mental, tornou-se possível a elaboração de uma nova roupagem para o tratamento, dando a oportunidade do sujeito se expressar, ser autor da sua nova história. Diante deste novo cenário, surgiu a proposta deste estudo, com o intuito de elucidar aos leitores, demonstrando uma nova prática de cuidado às pessoas que sofrem com transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas e seus familiares que, a partir de uma avaliação sistemática dessa prática, observaram-se resultados satisfatórios.

Em função do esforço em articular o saber científico sobre funcionamento e estruturação de grupos em sala de espera com a prática assistencial, o primeiro artigo se apresentou neste estudo. Foi descrito o planejamento e implantação dos atendimentos grupais em sala de espera, coordenado pelo enfermeiro, para usuários de um CAPSad.

Através desta descrição verificou-se que as intervenções na sala de espera de um CAPSad do interior do Estado de Goiás proporcionaram momentos de reflexão, conhecimento, aprendizado, acolhimento, escuta e trocas. Contribuiu para a aproximação, interação e vínculo do cliente com os diversos profissionais da equipe e com o serviço, promovendo reflexões sobre o funcionamento da unidade, olhar integralizado e avaliação multiprofissional ao cliente, otimização das discussões e reelaboração das intervenções individuais e coletivas no serviço.

As intervenções nos grupos de sala de espera é um instrumento de cuidado importante para atuação do enfermeiro, sendo possível realizar ações de educação em saúde aos usuários do serviço e proporcionar a escuta refinada e trocas entre os participantes do grupo e a equipe de trabalho, promovendo assim um espaço acolhedor, livre de críticas ou julgamentos.

O desejo de produzir algo original impulsionou esta estudiosa a escrever o primeiro artigo, aspirando se tornar o mesmo, um instrumento para enfermeiros que utilizam intervenções grupais de modo pouco estruturado ou que não fazem o emprego do atendimento grupal como ferramenta de cuidado, procurando, também, sensibilizar estes profissionais quanto à importância e benefícios de atuar no cuidado a partir da assistência em grupos de suporte, principalmente no que tange o restabelecimento da saúde mental dos indivíduos.

Consideramos também, a partir da prática na condução de grupos de sala de espera, que essa modalidade de intervenção contribuiu para promover a interação do cliente nas atividades desenvolvidas e com a equipe, aproximando-o cada vez mais do serviço de saúde, responsabilizando-o pelo tratamento ofertado e permitindo assim, que o cliente seja protagonista e agente da própria mudança.

Outro resultado importante apontado neste estudo foi a evidência da presença da maioria dos fatores terapêuticos nos atendimentos na sala de espera junto aos usuários de um CAPSad. Embora esses fatores tenham sido descritos como elementos terapêuticos de grupos psicoterápicos, os resultados deste estudo confirma que os mesmos podem ser identificados em grupos educativos e de suporte e serem úteis na avaliação de seus resultados.

Os participantes dos atendimentos na sala de espera evidenciaram que as vivências terapêuticas são possibilitadas pelo compartilhamento de experiências com outras pessoas em situações similares, e pelo apoio recebido dos terapeutas e dos outros integrantes do grupo que ajudaram no enfrentamento dos problemas advindos do consumo de substâncias psicoativas.

Considerando o perfil ideal de funcionamento do CAPSad e suas características, fundamentadas na PNSM, entendemos que a tecnologia de intervenção grupal em sala de espera é um recurso terapêutico e educativo de suma importância no atendimento aos usuários deste serviço, considerando também, as especificidades da clientela, poderiam ser incorporadas em outros serviços de saúde. É uma ferramenta que se bem manuseada tem grande potencial para acolher, aproximar, romper estigmas, informar e oferecer suporte.

Os resultados dessa investigação ressaltaram, ainda, a importância da sala de espera como espaço potencial para estimular mecanismos de ajuda, espaço de escuta e educação em saúde, oportunidades de compartilhar sentimentos e pensamentos, resgatar a autoestima, autoconfiança, autovalorização e a força, aspectos não incluídos na lista dos fatores terapêuticos apresentada pelo referencial teórico adotado. Estes achados se tornam ainda mais relevantes quando observado, em todos os encontros, que alguns usuários retornavam espontaneamente ao grupo após o atendimento psiquiátrico. Isto ilustra os benefícios e a representatividade que essa intervenção possui aos seus participantes. Entretanto, é importante destacar que, independente do objetivo, a

condução do trabalho com grupos requer a atuação de profissionais com preparo específico para atender às necessidades e movimentos do grupo.

Consideramos que grupo de sala de espera é um instrumento capaz de cumprir os objetivos de sua idealização e possibilita novas formas de pensar o trabalho institucional. Na saúde mental o trabalho com grupo constitui ferramenta primordial da enfermagem para o cuidado e a assistência ao paciente e seus familiares.

Desta forma, é essencial que o enfermeiro busque a formação e o preparo adequado para o bom desempenho no gerenciamento de grupos. Acredita-se que tal preparo começa com o autoconhecimento e com conhecimentos específicos sobre técnicas e dinâmicas de grupo. Assim, possivelmente a estratégia grupal poderá ser aplicada com efetiva segurança pelo enfermeiro. Neste sentido, ele estará valorizando a prática da Enfermagem na assistência aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Verifica-se ainda, a importância de se buscar um novo olhar para a saúde, cuja fundamentação esteja na formação de profissionais sensíveis e comprometidos com o que fazem e com a realidade que atuam. Neste novo olhar, os aspectos emocionais surgem como um ponto fundamental ao processo de reconhecimento do caráter multidimensional e complexo do ser humano.

Também há a necessidade de investir na formação do mediador de emoções. Isto constitui um grande desafio rumo às práticas de saúde humanizadas decorrentes de um processo lento de conscientização e incorporação de um novo conhecimento pelos profissionais de saúde.

Por ser um instrumento de cuidado importante para atuação do enfermeiro, o atendimento na sala de espera poderia tornar-se uma modalidade de assistência presente nos serviços de saúde, expandindo sua realização não apenas para as redes de atenção em saúde mental, mas, também, para as unidades de atendimento a saúde coletiva nos diversos níveis de assistência, onde há usuários que permanecem por longos períodos aguardando atendimento.

Uma vez incorporada aos serviços, o atendimento na sala de espera, deve ser uma modalidade de cuidado da equipe multiprofissional que compõe o serviço. Infelizmente esta não é a realidade que compõe o local do nosso estudo, pois foi encontradas dificuldades para integrar a equipe multiprofissional às atividades desenvolvidas na sala de espera, dificuldade esta observada pela

pesquisadora e relatada pelos profissionais que se disponibilizaram a contribuir com este estudo. Porém, os mesmos possuem consciência da necessidade e da importância desta prática estar articulada entre a equipe multiprofissional, usuários e serviço. Todavia, houve maior aproximação, interação e vínculo do cliente com os diversos profissionais da equipe, promovendo reflexões críticas sobre o funcionamento da unidade e avaliação multiprofissional ao cliente, otimização das discussões e reelaboração das intervenções individuais e coletivas no serviço.

Contudo, verificou-se a necessidade de estender essa forma de cuidado para as equipes multiprofissionais, as quais atuam nos diversos serviços de saúde, almejando sensibilizá-los para a importância e benefícios do atendimento aos usuários, a equipe e a unidade de saúde e desenvolver competências da equipe técnica para condução de grupos terapêuticos.

7. REFERÊNCIAS

- Abreu CC, Malvasi PA. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R & cols. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.
- Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- Assis AP, Silva, PP, Claudino TX, Oliveira ACG. Grupo de familiares na prática de ensino de graduação de enfermagem. Rev. Esc. Enferm.USP. 2010. 44 (3):833-8.
- Bragadóttir H. Computer-mediated support group intervention for parents. J NursScholarsh. 2008. 40(1):32-8.
- Camatta MW, Nasi C, Adamoli NA, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: O olhar da Família. Ciência&SaúdeColetiva. 2011.16 (11): 4405-14.
- Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. J AdvNurs. 2005. 51(6):595-608.
- Ciribelli EB, Luiz AMAG, Gorayeb R, Domingos NAM, Filho ABM. Intervenção em sala de espera de Ambulatório de Dependência Química: caracterização e avaliação de Efeitos. Temas em Psicologia. 2008. 16(1): 107-18.
- Coimbra VCC, Guimarães J, Silva MCF, Kantorski LP, Scatena MCM. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2005. 7 (1): 99-104.
- Corey G, Corey MS. Groups: process and practice. Belmont: Thomson Brooks/Cole; 2006.
- Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro AA. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2011. 16(12): 4603-14.
- Delors J, Amagi I, Carneiro R, et al. Educação: um tesouro a descobrir - relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.
- Dias CB, Silva ALA. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2010. 44 (2): 469-75.
- Duarte CE, Morihisa RS. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3.ed. Brasília: SENAD, 2010.
- Esperidião E, Oliveira MAE, Pontiere MSS. Sala de espera: uma ocasião de atenção primária em saúde mental: relato de experiência. Rev. Bras. Enferm. 1992. 45 (2/3): 145-8.

- Fernandes CNSF. O enfermeiro como coordenador de grupos: contribuições da dinâmica de grupo [dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
- Fernandes CNS, Munari DB, Soares SM, Medeiros M. Habilidades e atributos do enfermeiro como coordenador de grupos. Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 146-153, jan./mar.2008
- Gênesis. Os filhos de Noé. In: Figueiredo AP (trad.). Bíblia Sagrada. São Paulo (SP): Sivadi Editorial LTDA, 1979.
- Garcia-Mijares M, Silva MTA. Dependência de drogas. Psicologia USP, 2006. 17(4): 213-240.
- Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
- Gilz C. Os desafios e facilidades do uso do programa de Software ATLAS/ti na análise de dados da pesquisa: A coleção "Redescobrimo o universo religioso na formação do professor". Anais do VII congresso Nacional de Educação. 2007; EDUCERE.
- Häggman-Laitila A, Pietilä AM. Perceived benefits on family health of small groups for families with children. Public Health Nurs. 2007. 24(3):205-16.
- Hwang S. Utilizing qualitative data analysis software: a review of Atlas.ti. SocSciComput Rev. 2008.26(4): 519-27.
- Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. RevEscEnferm USP. 2005; 39(4):423-9.
- INCB. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2012. United Nations New York, 2013.
- Issy J, Perillo LA. Drogas: causas, efeitos e prevenção. 5.ed. Goiânia: talento, 2009.
- Ivancko SM. E o tratamento se inicia na sala de espera. In: CAMON-ANEGRAMI VA. (Org.). Atualidades em psicologia da saúde. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2008.16 (7): 3051-60.
- Kantorski LP, Hypolito IM, Willrich JQ, Meirelles MCP. A Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial à luz do modo psicossocial. REME – Rev. Min. Enfermagem. 2010. 14 (3): 399-407.
- Laranjeira R & Cols. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Associação Médica Brasileira, 2003.
- Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. New York: National Leaguefor Nursing. 2001.

- Lüdke M, Andre MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MacRae E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel SD, Toscano JA. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- Marques ACPR, Ranieri MA. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R e colaboradores [CD-ROM]. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011. p. 30-35.
- Marzano MLR, Sousa CA. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudança na vida do usuário. *TextoContextoEnferm*. 2004. Out-Dez; 13(4): 577-584.
- McKim WA. *Drugs and behavior: an introduction to behavioral pharmacology*. 4.ed. New Jersey: Prentice Hall, 2004.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet]. Brasília, Brasil; 1996; cited 2012 jan 12; Available from: <http://www.conselho.saude.gov.br/1996/Reso196.doc>
- _____. Portaria GM/MS nº 336. Modalidades de CAPS – I, II e III. Brasília (DF): 2002.
- _____. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP. Brasília: SENAD, 2009.
- Miranda CF, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda*. 7.ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1991.
- Mota KAMB, Munari DB. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a20.pdf
- Munari DB, Furegato ARF. *Enfermagem e grupos*. 2.ed. Goiânia: Ab, 2003.
- Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev. esc. enferm. São Paulo. USP*. 2011.45(5): 1157-63.
- Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo com estratégia para o cuidado de enfermagem [tese doutorado]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2006.
- Oliveira AGB. Trabalho e Cuidado no Contexto da Atenção Psicossocial: Algumas Reflexões. *Esc. Anna Nery R. Enfermagem*. 2007.10(4): 694-702.
- Oliveira LMAC, Medeiros M, Brasil VV, Oliveira PMC, Munari DB. Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. *Acta Paul Enferm*, 2008. 21(3): 432-38.

- Oliveira NF, Munari DB, Bachion MM, Santos WS, Santos QR. Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos. *RevEscEnferm USP*. 2009;43(3):558-65.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.
- Osório LC. Grupos: teorias e práticas: acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Pinto ATM, Ferreira AAL. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: A genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*. 2010.15 (1): 27-34.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Pontes CMM, Fernandes VO, Gurgel MHC, Veras VS, Quidute ARP, Carvalho SL, Montenegro RM. Projeto sala de espera: uma proposta para a educação em diabetes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2006. 19(4): 197-202.
- Ribeiro JM, Dias AI. Políticas de inovação em atenção à saúde mental: limites ao deslocamento do desempenho do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011. 16(12): 4623-33.
- Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germant ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências*. 2009. 5(7): 101-6.
- Ruiz VR, Lima AR, Machado AL. Educação em saúde para portadores de doença mental: um relato de experiência. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2004. 38(2): 190-6.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Salles, MM, Barros S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*. 2013. Rio de Janeiro. Abr-jun. 37 (97): 324-335.
- Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e Enfermeiros da área de saúde mental. *Rev. Eletro. Enf*. 2011. 13 (1): 60-90.
- Shechtman Z, Gluk O. An investigation of therapeutic factors in childrens groups. *GroupDyn*. 2005. 9(2):127-34.
- Silva EC, Melo JM, Esperidião E. Implementação da sala de espera em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.[Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização]. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2011.
- Silva GA. Atuação dos profissionais nos serviços em saúde mental de Goiânia-GO [Dissertação]. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2010.
- Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental do interior do estado de Goiás. [Dissertação]. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2012.
- Spadini LS, Souza MCBM. Preparo de Enfermeiros nos grupos em saúde mental e psiquiatria. *Esc Anna Nery RevEnferm*. 2010. abr-jun. 14 (2): 355-360.

- Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery*. 2011. jan-mar. 15 (1):110-115.
- Souza AMA, Fraga MNO, Moraes LMP, Garcia MLP, Moura KDR, Almeida PC, Moura EMV. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*. 2004. Out-Dez, 13 (4): 625-32.
- Souza AMA, Fraga MNO, Braga VAB, Sabino LMM, Barbosa SM, Pacheco JS, et al. Grupos de sala de espera. In: Souza AMA, organizadora. *Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa*. Fortaleza (CE): Expressão Gráfica Editora 2011. p.85-93.
- Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in Intensive Care Units. *J AdvNurs*. 2007;57(6): 623-30.
- Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Histcienc saúde-Manguinhos*, 2002; 19(1):25-59.
- Teixeira ER, Daher DV. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 1999. 8(1): 312-25.
- Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2006. 15(2):320-5.
- Tôrres LHN, Paula JS, Mialhe FL. Histórias em quadrinhos na sala de espera: um método de educação em saúde bucal. *Odontol. Clín-Cient*. 2011.10(1): 69-72.
- Trentini M, Paim L. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: Ed da UFSC; 1999.
- UNODC. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *World Drug Report*, 2008.
- UNODC. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *World Drug Report*, 2009.
- UNODC. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *World Drug Report*, 2012.
- Vargas D, Bittencourt MN, Rocha FM, Oliveira MAF. Representação social de enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Esc. Anna Nery R. Enfermagem*. 2013. 17(2): 242-8.
- Veríssimo DS, Valle ERM. Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. 2005. 6(2): 28-36.
- Vinogradov S, Yalom ID. *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Vilela SC, Moraes MC. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. *Rev. Enfermagem UERJ*. 2008. 16 (4): 501-6.
- Zimmerman DE, Osório LC. *Como trabalhamos com grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.

Yalom ID, Leszcz M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Walter SA, Bach TM. Adeus Papel, Marca-textos, Tesoura e Cola: Inovando O Processo de Análise de Conteúdo Por Meio do Atlas.ti. Anais do XII SEMEAD. 2009; Seminário de Administração, São Paulo.

APÊNDICE A**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Anápolis, ____ de _____ de 2012.

Eu, _____ coordenadora do **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS Viver** concordo com a realização, neste serviço, da pesquisa *“A sala de espera em um Centro de Atenção psicossocial Álcool e Drogas”*, de responsabilidade da pesquisadora Juliana Macedo Melo, sob a orientação da Professora Doutora em Enfermagem Elizabeth Esperidião Cardozo, para finalidade de trabalho de conclusão de curso - Mestrado, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO.

O estudo envolve coleta de dados através de entrevistas com os usuários e profissionais do serviço, após concordância e consentimento livre e esclarecido dos informantes. Tem duração de três meses com previsão de início para fevereiro do ano de 2013.

Atenciosamente,

Coordenadora

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Senhor (a)

Eu, **Juliana Macedo Melo**, Enfermeiro(a), RG: 4535086 estabelecido(a) no endereço R. Brasil Q.02 L.05 Vila Celina Bairro Jundiá, Anápolis-GO, CEP 75.110-185, cujo telefone de contato é (62) 9195-0311, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é: "A sala de espera em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas", no qual a autora é: Juliana Macedo Melo, Mestranda da Universidade Federal de Goiás, sob a orientação da Professora Doutora Enfermeira Elizabeth Esperidião Cardozo.

O objetivo deste estudo é: Avaliar a tecnologia de intervenção grupal tipo sala de espera como estratégia para atendimento aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás.

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que é voluntária. Sua participação não determinará qualquer risco, entretanto poderá surgir dificuldade ou constrangimento em relatar os fatos reais por receio de prejudicar a instituição ou a si mesmo.

Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas em muito contribuirá, pois através dos resultados deste estudo, será possível reavaliar a assistência e proporcionar melhor adequação ao atendimento das necessidades de informações e apoio aos pacientes, familiares e acompanhantes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do interior do Estado de Goiás. Também, contribuirá como ferramenta de consulta para futuros trabalhos de pesquisa.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. A coleta dos dados será feita por meio de entrevistas gravadas em MP4 e/ou filmagens, mediante sua autorização e que serão realizadas em local individual e privativo de sua preferência. Fica preservado a você o direito de interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus, de qualquer natureza. Fica, também, garantido o anonimato e o sigilo de sua identidade, a confidencialidade e a fidedignidade dos dados obtidos através da entrevista. As fitas e as entrevistas transcritas serão arquivadas por um período de cinco anos sob posse do pesquisador responsável, e após esse prazo serão queimadas conforme determinação da resolução 196/96.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Entendimento do participante: Declaro que compreendi a importância de minha participação neste estudo e que tive oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e todos os procedimentos relacionados ao estudo, estando o pesquisador sempre pronto a respondê-las.

Consentimento: Com base no exposto acima, dou meu consentimento para participar da pesquisa – na qualidade de participante voluntário – e também para divulgação dos dados por mim fornecidos.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura da Participante

Discuti este projeto com a participante, usando linguagem acessível e apropriada. Acredito ter propiciado as informações necessárias para o cliente, segundo os princípios éticos de pesquisa, e também que ela tenha compreendido todas as minhas explicações.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvidas e para maiores esclarecimentos:

Pesquisadora: Juliana Macedo Melo: (62) 9195-0311 (inclusive a cobrar).

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás: (62) 3521-1215

APÊNDICE C

CHECK LIST para registro das atividades do grupo em sala de espera

Baseado no Q-sort de YALOM (1975)

Data: ___/___/___

Responsável pelo registro: _____

Nº	Nome	Início do tratamento	Nº de participações
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

FATORES TERAPÊUTICOS OBSERVADOS

<p>1. Instilação da esperança</p> <p>a. Ver outras pessoas vivendo situação semelhante a minha e que estão melhores que eu. b. Saber ou ver que outras pessoas resolveram problemas semelhantes aos meus. c. Ver que outros participantes melhoraram. d. Saber que o grupo já ajudou outras pessoas com problemas iguais aos meus.</p>	
<p>2. Universalidade</p> <p>a. Aprender que não sou único com o meu tipo de problema. b. Ver que eu estou na mesma situação que outros. c. Observar que outros têm alguns dos mesmos sentimentos e pensamentos ruins que eu tenho. d. Saber que outros tem as mesmas fontes e motivos de infelicidade ou confusão que eu. e. Saber que eu não sou muito diferente das outras pessoas (sentimento de "bem vindo a raça humana")</p>	
<p>3. Informações</p> <p>a. Os profissionais e/ou membros do grupo me sugerem ou aconselham sobre alguma coisa a fazer. b. Os membros do grupo me disseram o que fazer. c. Alguém no grupo deu sugestões definidas sobre um problema. d. Membros do grupo me aconselharam a me comportar diferentemente com pessoas importantes.</p>	
<p>4. Altruísmo</p> <p>a. Ajudar outras pessoas me dá mais respeito por mim mesmo. b. Colocar as necessidades dos outros a frente das minhas. c. Esquecer de mim mesmo e pensar em ajudar os outros. d. Dar parte de mim mesmo aos outros. e. Ajudar outros a ser importantes em suas vidas.</p>	
<p>5. Desenvolvimento de técnicas de socialização</p> <p>a. O grupo está me ensinando sobre o tipo de impressão que eu provoço nos outros. b. Aprender como eu me relaciono com os outros. c. Outros membros me dizem o que pensam de mim. d. Membros do grupo indicam alguns dos meus hábitos ou atitudes que incomodam as pessoas. e. Aprender que algumas vezes eu confundo as pessoas por não dizer o que realmente penso.</p>	
<p>6. Comportamento imitativo</p> <p>a. Tentar ser como outras pessoas do grupo que estão mais ajustadas que eu. b. Ver que outras pessoas podem revelar coisas embaraçosas e assumir os riscos e benefícios de ser ajudado e fazer o mesmo. c. Adotar atitude ou estilo de outro membro do grupo. d. Admirar e me comportar como o coordenador.</p>	

<p>e. Encontrar alguém no grupo que eu possa imitar.</p>	
<p>7. Aprendizagem interpessoal</p> <p>a. Melhorar outra habilidade em estar com as pessoas.</p> <p>b. Sentir mais confiança no grupo e em outras pessoas.</p> <p>c. Aprender sobre a forma como eu me relaciono com outros membros do grupo.</p> <p>d. O grupo me deu a oportunidade de aprender como me aproximar de outras pessoas.</p> <p>e. Resolver minhas dificuldades com um membro do grupo em particular.</p>	
<p>8. Coesão do grupo</p> <p>a. Pertencer e ser aceito pelo grupo.</p> <p>b. Manter o contato com outras pessoas.</p> <p>c. Revelar coisas embaraçosas sobre mim e mesmo assim ser aceita pelo grupo.</p> <p>d. Não me sentir sozinha por muito tempo.</p> <p>e. Pertencer a um grupo de pessoas que me compreendem e me aceitam.</p>	
<p>9. Fatores existenciais</p> <p>a. Reconhecer que as vezes a vida é injusta.</p> <p>b. Reconhecer que não há como escapar da morte e de algumas dores da vida.</p> <p>c. Reconhecer que não importa quão próximo de outras pessoas eu esteja eu ainda não deverei enfrentar a vida sozinho.</p> <p>d. Enfrentar as questões básicas de minha vida e morte e viver honestamente e menos envolvido em trivialidades.</p> <p>e. Aprender que eu devo assumir a responsabilidade final pela forma como conduzo minha vida, independentemente, de quanta orientação e apoio recebo de outras pessoas.</p>	

Fonte: YALOM, I.D. **The theory and practice of group psychotherapy**. New York: Basic Books, 1975.p. 65-70.

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

PARTICIPANTES DA SALA DE ESPERA

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Tempo de tratamento: _____

1. Quantos encontros em sala de espera você participou?
2. Como foi participar desses encontros? Como você se sentiu?
3. Como você avalia sua participação nos encontros em sala de espera?
4. Você se lembra de alguma situação durante os encontros que te marcou? Poderia descrever o que aconteceu?
5. Marque um X nas alternativas que você teve como experiência durante os grupos que você participou:
 - () Você sentiu esperança de melhorar sua situação por ter visto outras pessoas que estavam vivendo situação parecida com a sua e estavam melhores que você.
 - () Você sentiu esperança de melhorar sua situação por ter ficado sabendo ou ter visto que outras pessoas resolveram problemas semelhantes aos seus.
 - () Você sentiu esperança de melhorar sua situação por ter visto que outros participantes melhoraram.
 - () Você sentiu esperança de melhorar sua situação por ter visto que o grupo tinha ajudado outras pessoas com problemas iguais aos seus.
 - () O grupo ajudou você a ver que não era a única pessoa com o seu tipo de problema.
 - () O grupo ajudou você a ver que você estava vivendo a mesma situação que outras pessoas.
 - () O grupo ajudou você a ver que havia outras pessoas com alguns dos mesmos sentimentos e pensamentos ruins que você.
 - () O grupo ajudou você a ver que outras pessoas tinham os mesmos motivos de infelicidade ou confusão que você.
 - () O grupo ajudou você a ver que você não era muito diferente das outras pessoas.
 - () O grupo ajudou você a conseguir informações ou orientações sobre um assunto de saúde sobre o qual você queria saber.
 - () Alguém (profissionais e/ou outros membros) lhe deu sugestões ou conselhos sobre alguma coisa que você devia fazer.
 - () Alguém (profissionais e/ou outros membros) lhe deu sugestões ou conselhos sobre um problema que você tinha.
 - () Você teve oportunidade de ajudar outras pessoas que estavam passando por situação parecida com a sua e, isso lhe deixou satisfeita(o).
 - () Você teve oportunidade de colocar as necessidades dos outros à frente das suas.
 - () Você teve oportunidade de se esquecer de você mesmo para tentar ajudar os outros.
 - () Você teve oportunidade de sentir que ajudou alguém ou foi importante em sua vida.
 - () O grupo ensinou sobre a impressão que você provoca nas pessoas.
 - () O grupo ensinou sobre como você se relaciona com os outros.
 - () Alguém do grupo disse o que pensava de você.
 - () Alguém do grupo indicou alguma coisa que você faz (hábitos, atitudes, comportamento) que incomoda as pessoas.
 - () Você sentiu vontade de ser ou de agir como alguém que você conheceu no grupo, porque ela lhe pareceu mais tranquila e mais ajustada que você.
 - () Você sentiu coragem para falar sobre alguma coisa da qual você tinha medo de falar depois de ver outra pessoa do grupo fazendo a mesma coisa.
 - () O grupo ajudou você a melhorar sua habilidade em estar com as pessoas.
 - () O grupo ajudou você a sentir confiança no grupo e em outras pessoas.
 - () O grupo ajudou você a aprender como se aproximar de outras pessoas.
 - () O grupo ajudou você a resolver suas dificuldades com alguém em particular.
 - () Você sentiu que pertencia, e era aceito pelo grupo.
 - () No grupo, você teve oportunidade para manter contato com outras pessoas
 - () No grupo, você não se sentiu sozinho por muito tempo.
 - () Você sentiu que pertencia a um grupo de pessoas que o compreendiam e o aceitavam.
 - () O grupo ajudou-o a compreender que, às vezes, a vida é injusta.
 - () O grupo ajudou-o a compreender que não há como escapar da morte e de algumas dores da vida.
 - () O grupo ajudou-o a reconhecer que não importa quantas pessoas estejam perto de você, você deverá enfrentar a vida sozinho.
 - () O grupo ajudou-o a reconhecer que é você quem deve assumir a responsabilidade final pela forma como conduz sua vida.

Anexo A

NOTIFICAÇÃO DO PROJETO COM APROVAÇÃO

Notificação de Projeto com Aprovação/CEP-PRPPG-UFG

↑ ↓ ×



Comitê de Ética em Pesquisa CEP (cep.prppg.ufg@gmail.com) Adicionar aos contatos 15/02/2013
Para: jumacedomelo@hotmail.com

Prezada Pesquisadora Juliana Macedo Melo,

Comunicamos que seu projeto inscrito sob **Protocolo n. 215/12**, e intitulado *A Sala de Espera em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*, encontra-se com o Parecer Consubstanciado, a ser retirado na PRPPG, estando o mesmo **Aprovado**.
Reiteramos a importância desse Parecer, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-PRPPG-UFG Relatórios Parciais constando informações sobre o desenvolvimento da pesquisa a partir da coleta de dados, bem como um Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com as recomendações da Res. CNS 196/96

Atenciosamente,

.....
Comitê de Ética em Pesquisa/CEP
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG
Universidade Federal de Goiás/UFG
(62)3521-1215