

O QUE SÃO GRUPOS DE AUTO-AJUDA

Marcelo Vial Roehé¹

RESUMO: Revisa-se a literatura sobre grupos de auto-ajuda, a fim de chamar a atenção para a relevância do assunto, tendo em vista as possibilidades de auxílio que os grupos oferecem para diversos problemas. O trabalho define o que é um grupo de auto-ajuda, apresenta informações sobre o contexto sócio-histórico do desenvolvimento dos grupos, caracteriza seu funcionamento, diferencia alguns tipos de grupos, considera proposições teóricas a respeito do processo da auto-ajuda e sugere alternativas de atuação para psicólogos junto aos grupos.

PALAVRAS-CHAVE: grupos de auto-ajuda, literatura, possibilidades de auxílio psicológico.

ABSTRACT: The article presents an overview about self-help groups inasmuch as these groups offer relevant help possibilities for a wide range of problems. The paper defines what is a self-help group, presents information about the groups' development context, shows their functional characteristics and their different types, considers theoretical propositions on the self-help process and suggests roles for psychologists' involvement with the groups.

KEY-WORDS: self-help groups, literature, possibilities of psychological aid

¹ Psicólogo pela UFRGS. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Professor do Curso de Psicologia da URI/RS, Campus Frederico Westphalen.

Definição

De início, é importante destacar que, conforme o processo básico de funcionamento desses grupos, a denominação mais adequada é a de *ajuda mútua* (Sanchez Vidal, 1991). O autor propõe uma integração das duas expressões: são grupos de auto-ajuda (GAA) na medida em que mantêm total autonomia em relação a instituições e profissionais (ou seja, o grupo ajuda a si mesmo) e são grupos de ajuda mútua porque baseiam sua atuação na mutualidade (os participantes ajudam uns aos outros).

Encontra-se em Richadson e Goodman (1983, citado em Sanchez Vidal, 1991) a mais sucinta definição de GAA: “Grupos de pessoas que pensam ter um problema em comum e se reúnem para fazer algo a respeito” (p. 471).

A partir dos trabalhos de Borkman (1976), Jacobs e Goodman (1989), Levy (1976) e Rootes e Aanes (1992), reuniram-se mais informações para melhor definir um GAA. Os critérios mais utilizados são os seguintes:

- autogestão – os próprios integrantes encarregam-se de todos os procedimentos necessários para a manutenção do grupo;
- independência de instituições e profissionais de saúde – GAA são leigos e autônomos;
- participação voluntária – a frequência ao grupo é totalmente livre;
- nenhum interesse financeiro – GAA não visam lucro; sustentam-se com doações espontâneas dos integrantes;
- dirigidos para um único problema – os grupos têm um foco: alcoolismo, drogadição, problemas emocionais, compulsão alimentar;
- experiências pessoais como principal fonte de ajuda – GAA não utilizam conhecimento científico ou literatura especializada; o conhecimento partilhado é experiencial.

Fique claro que esses são os critérios mais comumente utilizados para definir um GAA; entretanto, considerando-se a quantidade e a variedade de grupos existentes (principalmente nos EUA), nem todos se encaixam precisamente nessa definição.

Origens

Os GAA proliferaram nos EUA depois da experiência pioneira e positiva dos Alcoólicos Anônimos (A/A- grupo criado em 1935 nos EUA).

Dumont (1974) associa a origem de A/A à tradição protestante norte-americana. Exemplos disso são o reconhecimento da pecaminosidade, o modelo confessional e a busca por pureza espiritual. Também a cultura da igualdade, típica dos GAA, encontra respaldo na sociedade norte-americana, orientada para coesão por identificação grupal, limites bem demarcados entre diferentes grupos e divisões étnicas nas metrópoles (Dumont, 1974).

Para Sanchez Vidal (1991), a primazia dos EUA no desenvolvimento de GAA deve-se à importância atribuída na sociedade norte-americana às iniciativas da sociedade civil, estimulando que as pessoas se responsabilizem por sua cidadania. A revista *Newsweek* noticiou, em 5 de fevereiro de 1990, a existência de 500.000 GAA nos EUA, abrangendo a participação de mais de 15 milhões de pessoas (Riessman, 1990)². Em publicação anterior, Jacobs e Goodman (1989) criticam estimativas desse porte, em função dos critérios adotados para a definição de GAA e da falta de base empírica para o cálculo. Os autores apresentam uma estimativa ao redor de 7 milhões de participantes para o início dos anos 90 e de 10 milhões até o final da década.

Em qualquer dos casos, tal primazia dos EUA se reflete, por consequência, no estudo das práticas de auto-ajuda, campo no qual trabalhos norte-americanos têm ampla liderança.

Mudanças no contexto social (desde a perspectiva norte-americana), ao longo deste século, também contribuíram para a disseminação dos GAA.

Verificou-se, por exemplo, a transição do modelo da família extensa para o atual modelo familiar nuclear, reduzindo o apoio social primário e, em decorrência, os referenciais normativos e afetivos básicos (Sanchez Vidal, 1991).

² Para mais informações sobre o contexto sócio-histórico norte-americano e as origens dos GAA ver Dumont (1974).

Back e Taylor (1976) sugerem a perda do sentimento de comunidade na sociedade contemporânea, devido a uma cultura pragmatista de estímulo ao sucesso individual.

No campo dos serviços profissionais de assistência social e de saúde, Jacobs e Goodman (1989) e Sanchez Vidal (1991) afirmam que os avanços na Medicina – aumentando a expectativa de vida da população – paradoxalmente incrementaram a incidência de doenças crônicas e de seus correlatos psicológicos. Acrescenta-se a isso a freqüente ineficiência do serviço clínico prestado; a necessidade de contenção de custos, que estimulou governo, profissionais de saúde e companhias seguradoras a buscarem alternativas para a promoção de bem-estar; e o crescimento populacional, que dificulta ainda mais o acesso a serviços clínicos e sociais (Jacobs e Goodman, 1989; Vattano, 1972).

Dumont (1974) previa o crescimento das práticas de auto-ajuda. Para o autor, num mundo onde o desespero, a frustração e o isolamento são fatos comuns, as práticas profissionais de saúde mental logo evidenciam suas limitações para diminuir o sofrimento emocional.

Além disso, surge um novo senso de igualitarismo, contribuindo, conforme Vattano (1972), para a queda em importância da autoridade e do *status* tradicional. Assim, iniciativas com respaldo oficial e credenciais especiais já não são automaticamente consideradas competentes (Back e Taylor, 1976). Para Dumont (1974), os GAA reforçam a idéia de que a distância entre quem ajuda e quem é ajudado não deve ser tão grande quanto pensam os profissionais mais tradicionais.

Por fim, a comprovada eficiência dos GAA em suas primeiras versões (Vattano, 1972) despertou, nas últimas décadas, grande interesse por parte dos meios de comunicação, o que aumentou significativamente a popularidade dos grupos (Jacobs e Goodman, 1989; Riessman, 1990)).

Características dos GAA

Em trabalhos sobre o tema, os determinantes do funcionamento e da eficácia dos GAA recebem diferentes designações: dinâmica (Levine, 1988), processos (Levy, 1976), princípios (Rootes e Aanes, 1992),

componentes e mecanismos (Sanchez Vidal, 1991). Todos se referem basicamente às mesmas características que são apresentadas a seguir.

A *mutualidade* é o mecanismo fundamental dos GAA (Sanchez Vidal, 1991). É resultante de relações simétricas, nas quais se dá e se recebe o mesmo, informação ou apoio emocional, ao contrário de relações assimétricas (típicas dos serviços profissionais), nas quais uma parte tem um problema e a outra tem conhecimentos para solucionar o problema. Riessman (1990) observa que, nos GAA, a recuperação é uma ação coletiva. O integrante ajuda a si mesmo ajudando os demais. Conforme Sanchez Vidal (1991), quem mais se beneficia em tais grupos está, primeiramente, disposto a dar e não a receber.

As relações simétricas e o intercâmbio mútuo são possíveis porque os participantes dos grupos têm experiências similares. Pessoas com experiências em comum identificam-se e aliam-se umas às outras (Rootes e Aanes, 1992). Os GAA cresceram também devido ao alívio e à força que os membros vivenciam, convivendo com outros que enfrentam o mesmo problema (Jacobs e Goodman, 1989). Integrando um meio social similar, a pessoa percebe que não é única ou diferente, o que atenua a marginalização e a estigmatização na sociedade (Sanchez Vidal, 1991) e contribui para uma mudança no estilo de vida, acompanhada de um forte sentimento de valor pessoal (Riessman, 1990).

Levine (1988) considera que os GAA promovem o sentimento de comunidade em pessoas que, com frequência, vivem socialmente retraídas. A relevância do contato interpessoal, a fim de evitar um autocentramento destrutivo, está nas origens da auto-ajuda, com o aparecimento de A/A (Marron, 1993).

Os GAA, por meio de suas próprias normas e das normas sociais que defendem, facilitam o processo de mudança dos integrantes, os quais estão identificados com aquilo que o grupo preconiza como aceitável. Segundo Sanchez Vidal (1991), “(...) o grupo atua como agente delegado de controle social e como grupo de referência normativa” (p. 475). Em outras palavras, é o que Levine (1988) chama de ideologia do grupo, em função da qual o participante vai interpretar suas experiências. A ideologia do grupo ajuda a manter o sentimento de identidade pessoal, assim como

reduz incertezas e oferece uma base para a tomada de decisões (Levine, 1988; Levy, 1976).

A pessoa que frequenta um GAA assume responsabilidade por seu processo de recuperação ou mudança (Rootes e Aanes, 1992). Assim como permitem que o participante descubra se tem ou não responsabilidade na origem de seu problema, os GAA estimulam que ele se responsabilize pela superação do problema (Riessman, 1990). Ao contrário da relação com um profissional, na qual existe um paciente que lhe atribui, pelo menos em parte, a responsabilidade pelos resultados obtidos, em GAA a responsabilidade é individual, pois todos são iguais, e a participação é voluntária (Sanchez Vidal, 1991).

Conforme Sanchez Vidal (1991), os GAA promovem a autoridade do igual, ou seja, alguém que conhece o problema por havê-lo sofrido, mas que não poderá auxiliar um companheiro de grupo sem que este esteja engajado na dinâmica grupal. Ainda que possa ocorrer atribuição de responsabilidade a um colega que tenha mais experiência (Borkman, 1976) ou a um líder carismático (Sanchez Vidal, 1991), em última instância, a participação é decidida individualmente (Rootes e Aanes, 1992).

Entrar num GAA significa comprometer-se com a mudança pessoal. Isto porque, de acordo com Rootes e Aanes (1992), o integrante que não deseja mudar é pressionado pelos demais, de forma que, ou trabalha pela mudança, ou abandona o grupo. Tal concepção concorda com a afirmação de Dumont (1974), segundo a qual existe uma pressão social por conformidade entre semelhantes, fazendo com que, em média, as pessoas atuem de modo similar ao daquelas com as quais convivem. Os GAA utilizam-se dessa influência dos iguais para pressionar o participante a abandonar um comportamento que gera prejuízos pessoais (Dumont, 1974).

O comprometimento com transformações pessoais é importante não somente para o próprio indivíduo; o grupo todo se beneficia, uma vez que os participantes servem como modelos uns para os outros. Um modelo positivo – a superação do mesmo problema conseguida por um colega de grupo – vai reforçar a prática de todos (Levine, 1988; Sanchez Vidal, 1991).

Viu-se acima que os GAA defendem uma determinada ideologia a respeito da questão para a qual se orientam, de modo que os membros possam melhor compreender e se posicionar face à questão. Levy (1976) amplia esse argumento, referindo-se a processos psicológicos característicos dos GAA, que servem como instrumental para seus integrantes no manejo do problema específico. Levy identificou dois tipos de processos: comportamentais e cognitivos.

Dentre os primeiros, pode-se mencionar reforço social para o desenvolvimento de comportamentos ego-sintônicos e eliminação de atitudes causadoras de problemas; treinamento na prática de comportamentos para autocontrole e enfrentamento de estresse e, ainda, um programa de ações para mudança de ambiente social.

Dentre os processos cognitivos, destacam-se explicação para o problema e para a maneira como o grupo lida com ele, alternativas de percepção do problema e como superá-lo e desenvolvimento de uma nova estrutura social e cultural.

A transmissão de estratégias práticas para lidar com um problema constitui-se em importante alternativa para pessoas que, vivendo socialmente isoladas em função de seu desvio, têm pouca oportunidade de aprendizagem. Além disso, ao recorrerem a serviços profissionais, não encontram tais informações, seja porque o profissional não as conhece, seja porque, seguindo preceitos profissionais, evita aconselhamento (Levine, 1988).

Rootes e Aanes (1992) observam que os GAA, embora tenham efeitos terapêuticos, atuam, principalmente, de forma educativa. O relato de experiências pessoais permite aprender-se novas formas de lidar com dificuldades semelhantes³.

Tipos de GAA

Em vista da variedade de grupos existentes, alguns trabalhos propõem tipologias para melhor caracterizar a atuação dos GAA.

³ Como exemplo, ver Pacheco (1994).

Levy (1976) apresenta quatro tipos de grupos, considerando propósitos e composição:

Tipo I – grupos voltados para reorganização de conduta ou controle do comportamento, nos quais os membros desejam eliminar ou controlar um comportamento problemático (A/A, por exemplo);

Tipo II – grupos de pessoas que compartilham uma característica geradora de estresse e se reúnem para discutir maneiras de lidar com o problema, que é permanente (deficientes físicos);

Tipo III – grupos orientados para a sobrevivência de específicos estilos de vida socialmente discriminados (grupos *gays* ou raciais);

Tipo IV – grupos cujo objetivo é o crescimento pessoal e a auto-atualização, nos quais não há um problema comum entre os participantes, mas a idéia de que podem ajudar uns aos outros a viverem melhor.

De modo similar, Levine e Perkins (1987, citado em Sanchez Vidal, 1991) descrevem cinco tipos de GAA:

- grupos de pessoas socialmente estigmatizadas (ex-presidiários ou deficientes físicos, por exemplo);
- grupos de familiares dessas pessoas (filhos de alcoolistas);
- grupos de pessoas afetadas por problemas que causam isolamento social (cegos ou viúvos);
- grupos ligados a uma ideologia ou característica racial/social (grupos étnicos ou feministas);
- grupos *quasi*-políticos, que buscam preservar interesses específicos (*Amigos* de um bairro).

Essas tipologias contemplam a variedade de grupos existentes nos EUA e que podem também existir no Brasil. Entretanto, no que diz respeito ao cenário especificamente brasileiro, os grupos de Doze Passos merecem atenção.

Os Doze Passos foram originalmente elaborados por A/A, grupo criado nos EUA, em 1935. Atualmente, diversos grupos usam o programa dos Doze Passos. São exemplos disso Narcóticos Anônimos e Neuróticos Anônimos. Os *passos* são as ações que o integrante do grupo deve realizar,

a fim de atingir a recuperação. Segundo Riessman (1990), no máximo 30% dos GAA norte-americanos usam o programa dos Doze Passos. No Brasil, ainda que as informações a respeito sejam escassas, os grupos de Doze Passos parecem ter ampla predominância (De Mari et al., 1999).

Especula-se que o discurso espiritual/religioso do programa dos Doze Passos tenha maior facilidade de propagação numa sociedade fortemente marcada por crenças e valores religiosos, como a sociedade brasileira. Essa observação não se refere à quantidade de grupos – nos EUA existem muito mais GAA do que no Brasil -, mas, sim, à proporção destes que utilizam os Doze Passos⁴.

Entendimento sobre GAA

A seguir, apresentam-se algumas proposições teóricas a respeito do funcionamento e da efetividade dos GAA.

A mais conhecida teorização sobre como e por que funcionam os GAA é o *helper therapy principle* – literalmente, princípio da terapia do ajudante – formulado por Riessman (1965). A idéia desse princípio é a de que ajudar outra pessoa com o mesmo problema é terapêutico para quem ajuda. *Se ajudo os outros, devo estar bem* é o pensamento subjacente do *ajudante* (Riessman, 1965).

Além disso, a relação de ajuda possibilita que o ajudante envolva-se com o ajudado de tal forma que deixe em segundo plano sua vivência do problema, ou seja, quem ajuda se desvia de suas próprias inquietações (Riessman, 1965).

Para Killilea (1976, citado em Sanchez Vidal, 1991), auxiliar alguém produz

- aumento do nível de competência de quem auxilia;
- sentimentos de igualdade e intercâmbio que facilitam a normalização social;
- aprendizagem experiencial;
- aprovação social dos auxiliados.

⁴ Apresentar os Doze Passos extrapola o objetivo desse artigo. Sugere-se ver Roehe (2000).

E Sanchez Vidal (1991) acrescenta sentimentos de utilidade social e valor pessoal.

O conceito de *apoio social* também se destaca na compreensão dos processos de auto-ajuda. Sanchez Vidal (1991) observa que a idéia de apoio social surgiu nos anos 70, quando se percebeu uma relação entre problemas psiquiátricos e variáveis sociais como desintegração social, mobilidade geográfica e situação matrimonial.

Cobb (1976) concebe apoio social como informação que leva a pessoa a acreditar que é amada e que se preocupam com ela, a acreditar que é estimada e valorizada e a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de mútua obrigação.

Shumaker e Brownell (1984) definem apoio social como: “(...) troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, percebida por quem dá ou por quem recebe, como tendo o objetivo de aumentar o bem-estar de quem recebe” (p. 13). Tendo em vista as relações de auto-ajuda, acrescenta-se que o bem-estar do doador também deve ser considerado, como propõe Riessman (1965).

O apoio social – juntamente com suas variantes, a mutualidade e o sentimento de comunidade – consiste no princípio básico das relações de auto-ajuda (Sanchez Vidal, 1991). Pesquisas revisadas por Petrakis (1988) demonstram que o apoio social auxilia pessoas saudáveis a manterem o bem-estar, apressa a recuperação de pessoas doentes e melhora a qualidade de vida em casos nos quais a recuperação não é possível. Também os resultados de Knight, Wollert, Levy, Frame e Padgett (1980) indicam que o apoio recebido é o principal aspecto gerador de bem-estar nos grupos⁵.

O apoio social atua a partir de seus componentes informativo, avaliativo-normativo, instrumental e afetivo, diminuindo a vulnerabilidade ao estresse, o que reforça o caráter preventivo dos GAA (Sanchez Vidal, 1991).

Gottlieb (1983) procura identificar as condições psicossociais que facilitam as relações entre iguais. O autor destaca as teorias da *equidade* e da *atribuição*.

⁵ Ver Roehle (2000) sobre como o apoio social é vivenciado por integrantes de um GAA.

De acordo com a teoria da equidade, as pessoas tendem a rejeitar ajuda quando se sentem em dívida para com quem as auxilia, em função de não poderem retribuir aquilo que lhes é oferecido. Aqui, Gottlieb (1983) destaca a importância da reciprocidade no desenvolvimento de relações mais próximas.

No entendimento de Gottlieb, a teoria da atribuição vai ao encontro do processo de muitos GAA. Tais grupos incentivam seus participantes a fazerem atribuições externas a respeito das causas de seus problemas e, ao mesmo tempo, afirmam a normalidade de buscar ajuda para resolver um problema. Esse processo permite um ganho em auto-estima, uma vez que os integrantes de GAA não percebem suas dificuldades nem a procura por auxílio como indicativo de um desvio ou de uma inadequação pessoal. Além disso, ao encorajarem os componentes a se verem como agentes de sua mudança, os GAA também promovem sentimentos de controle emocional e responsabilidade pela solução de problemas (Gottlieb, 1983).

Na perspectiva ecológica, Sanchez Vidal (1991) apresenta a *congruência ecológica indivíduo-entorno*. Conforme essa teoria, os GAA melhoram a congruência adaptativa na medida em que aumentam os recursos de adaptação – nichos adaptativos sociais, que são os próprios grupos – melhorando o repertório de condutas eficazes (o que é aprendido nos grupos) e aumentando, por consequência, a correspondência entre indivíduo e meio social.

Riessman e Gartner (1987) atribuem a vitalidade do movimento de auto-ajuda ao seu *ethos*. O *self-help ethos* apresenta-se contrário à burocracia e às hierarquias, enfatizando pequenos grupos que estimulam relacionamentos mais próximos e informais; reafirma a importância da comunidade, do sentimento de pertinência, dos valores espirituais e do humanismo; valoriza a divisão da liderança, o altruísmo, a aceitação e a doação de auxílio e trabalha pela democratização da vida cotidiana, sugerindo a aceitação da diferença, a desmistificação do saber e da informação e a valorização da sabedoria experiencial.

Assim como Back e Taylor (1976) e Borkman (1990), Vattano (1972) compreende as práticas de auto-ajuda como um movimento social e evoca o tradicional grito americano *power to the people* (poder para o

povo), a fim de sintetizar a proposta do movimento. O desejo popular de determinar seu próprio destino é uma resposta ao reconhecimento das barreiras existentes para a realização do potencial humano, da autodeterminação e do bem-estar (Vattano, 1972).

Sanchez Vidal (1991) justifica a importância da auto-ajuda como procedimento para mudança social afirmando que

- representa um processo realmente comunitário, autogestionado e que vem de baixo, contrastando com a ênfase na intervenção profissional (de cima) associada freqüentemente a programas comunitários;
- demonstra bem o enfoque positivo, os recursos de um coletivo social face ao enfoque negativo de deficiências e patologia;
- destaca as potencialidades – tanto terapêuticas como de desenvolvimento humano – das relações simétricas (entre iguais) em relação às assimétricas e prescritivas, típicas dos serviços profissionais de saúde, baseados em transferências técnicas de quem ajuda para quem é ajudado, dentro de uma relação hierárquica.

Barrón, Lozano e Chacón (1993) assinalam quatro vantagens dos GAA, comparados com as intervenções profissionais tradicionais:

- os GAA permitem intervir com várias pessoas simultaneamente, o que implica em economia de tempo, dinheiro e esforço;
- os grupos não necessitam de coordenação profissional, sendo dirigidos pelos próprios integrantes, ainda que profissionais possam atuar como assessores;
- estimulam o sentimento de comunidade, com o apoio provindo do próprio grupo e não de uma instituição ou de um profissional.

Psicólogos e GAA

Um tema recorrente em trabalhos sobre práticas de auto-ajuda é a relação entre psicólogos ou profissionais de saúde em geral e os GAA.

Psicólogos tendem a manter-se afastados e a ter pouco conhecimento a respeito dos GAA (Dumont, 1974; Jacobs e Goodman,

1989; Marron, 1993). Conforme Jacobs e Goodman (1989), esses profissionais percebem os GAA como muito auto-suficientes e, talvez, desfavoráveis ao contato com profissionais. Os autores, contudo, assim como Lotery e Jacobs (1994), informam que grande parte dos grupos mostra-se favorável ao contato. Alguns profissionais manter-se-iam à distância em virtude do autogestão dos grupos, fato que contraria a tradição profissional de trabalho com pessoas mais dependentes, ou seja, apego ao modelo terapêutico tradicional como sendo a intervenção profissional por excelência (Jacobs e Goodman, 1989).

Psicólogos ignoram o potencial dos GAA como primeira escolha de tratamento para alguns problemas, considerando-os, por vezes, um complemento econômico e simplista da terapia, produzindo apenas efeitos superficiais (Jacobs e Goodman, 1989)⁶.

Considerando a efetividade dos GAA, Dumont (1974), Jacobs e Goodman (1989) e Vattano (1972) sugerem que os profissionais se aproximem e colaborem com os grupos, acentuando, desse modo, sua relevância profissional.⁷

Marron (1993) aponta a importância de que os profissionais conheçam e considerem grupos dessa natureza como um auxílio à sua intervenção. O autor adverte que integrantes de GAA percebem que os profissionais têm pouco ou nenhum entendimento sobre programas de auto-ajuda e podem considerar esse desconhecimento como hostilidade, evitando, por isso, procurar orientação profissional quando essa é necessária.⁸

O contato de profissionais com os GAA deve respeitar as características destes (Borkman, 1990; Sanchez Vidal, 1991). Jacobs e Goodman (1989) entendem que a essência dos GAA é perdida quando o auto-reforçamento é substituído por controle externo.

Tendo em vista pesquisas que indicam a importância do apoio social para o bem-estar psicológico, Madara (1987) faz uma analogia interessante: do mesmo modo que seria antiético um médico ocultar informação sobre

⁶ Para considerações críticas sobre GAA, ver Riessman (1990).

⁷ Ver, também, Rouse (1987).

⁸ Para conhecer o ponto de vista de um membro de GAA, ver Miller (1987).

uma medicação útil para um paciente, um profissional teria a mesma obrigação de indicar um GAA para uma pessoa que, presumivelmente, se beneficiaria com isso.

Gartner e Riessman (1980, citados em Sanchez Vidal, 1991) destacam cinco possibilidades de atuação para profissionais junto a GAA:

- criação e desenvolvimento de grupos - no contato com seus clientes ou pessoas próximas a eles, o profissional pode perceber essa necessidade; também pode estimular a criação de um grupo direcionado a um problema sem solução institucional eficiente;
- divulgação - o profissional pode informar sobre a existência dos grupos, como contatá-los ou quando se reúnem; entre profissionais a divulgação pode ser feita através de publicações especializadas ou palestras;
- assistência - uma vez que seja solicitado por algum grupo, o profissional pode fornecer informações que auxiliem no desenvolvimento e na eficácia dos grupos;
- fortalecimento das redes de apoio social - o profissional pode estimular práticas comunitárias que reforçam a estrutura dos grupos como recrutamento de pessoas interessadas, facilitação de contato com os grupos ou transmissão de informações úteis ao praticante de auto-ajuda;
- pesquisa sobre os GAA - o profissional pode realizar estudos sobre temas tais como efetividade, mecanismos de funcionamento, formas de organização e liderança e mudanças produzidas nos integrantes, assim como no próprio grupo⁹.

Por fim, alguns trabalhos destacam dificuldades na realização de pesquisa sobre GAA (Jacobs e Goodman, 1989; Knight et al., 1980; Levy, 1976; Schubert e Borkman, 1991). Isto porque os grupos não mantêm controle ou registros de seus integrantes e não fazem avaliações de efetividade, a frequência com que as pessoas comparecem às reuniões de seu grupo pode variar bastante, e é comum que integrantes de GAA, simultaneamente, façam psicoterapia.

⁹ Para mais informações sobre a colaboração de profissionais com os GAA ver Lotery e Jacobs (1994), Penney (1997), Shepherd et al. (1999), Stewart, Banks, Crossman e Poel (1995) e Yoak e Chesler (1985).

Conclusão

Sem dúvida, o estudo dos GAA pode proporcionar importantes informações sobre como tratar ou lidar com diversos tipos de problemas e sobre como as pessoas – leigas – podem desenvolver entendimentos e estratégias para superar problemas.

No Brasil, grupos como A/A e Narcóticos Anônimos já estão bem estabelecidos. Além desses, também têm representação no país Neuróticos Anônimos, Emocionais Anônimos, Introversos Anônimos, Psicóticos Anônimos (P/A), Jogadores Anônimos, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA) e Comedores Compulsivos Anônimos (CCA), reunindo mais de 220 mil pessoas (De Mari et al., 1999).

A precariedade do serviço público de saúde e a pobreza de boa parte da população do Brasil obrigam a pensar que os GAA podem ser importantes aliados de uma eficiente rede de serviços de saúde.

Referências

Back, K. W. e Taylor, R. C. (1976). Self-help groups: tool or symbol ? **The Journal of Applied Behavioral Science**, 12, 295-309.

Barrón, A.; Lozano, P. e Chacón, F. (1993). Autoayuda y apoio social. In A. Martín; F. Chacón & M. Martínez, Psicología Comunitária (pp. 205-225). Madrid: Visor.

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. **Social Service Review**, 50, 446-454.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 (5), 300-314.

De Mari, J.; Teich, D. H.; Nogueira, P.; Camargos D. e Pimentel, M. (1999, 24 de fevereiro). A luta contra o vício: como funcionam os grupos anônimos que ajudam as pessoas a se livrar da dependência. **Veja**, 8.

Dumont, M. P. (1974). Self-help treatment programs. **American Journal of Psychiatry**, 131, 631-635.

- Gottlieb, B. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. **American Psychologist**, 44, 278-287.
- Jacobs, M. e Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups. **American Psychologist**, 44, 536-545.
- Knight, B.; Wollert, R.W.; Levy, L.H.; Frame, L. e Padgett, V. (1980). Self-help groups: the members' perspectives. **American Journal of Community Psychology**, 8, 53-65.
- Levine, M. (1988). How self-help works. **Social Policy**, 19(1), 39-43.
- Levy, L.H. (1976). Self-help groups: types and psychological processes. **Journal of Applied Behavioral Science**, 12, 310-322.
- Lotery, J. L. e Jacobs, M. K. (1994). The involvement of self-help groups with mental health and medical professionals: the self-helper's perspective. **Prevention in Human Services**, 11, 279-302.
- Madara, E. J. (1987). Supporting self-help: a clearinghouse perspective. **Social Policy**, 18(2), 28-29.
- Marron, J. (1993). The twelve steps: a pathway to recovery. **Primary Care**, 20(1), 107-119.
- Miller, L. (1987). Self-help and the patient/professional partnership. **Social Policy**, 18(2), 26-27.
- Pacheco, C. de O. (1994). **(Re)Educação para a cidadania: Um estudo sobre alcoolistas e grupos de auto-ajuda**. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Educação, UFRGS.
- Penney, D. (1997). Friend or foe: the impact of managed care on self-help. **Social Policy**, 27, 48-53.
- Petrakis, P. (1988). Research report of the General's Workshop on Self-help and Public Health. **Social Policy**, 19(1), 36-38.
- Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. **Social Work**, 10, 27-32.
- Riessman, F. (1990). The new self-help backlash. **Social Policy**, 21(1), 42-48.

- Riessman, F. e Gartner, A. (1987). The Surgeon General and the self-help ethos. **Social Policy**, 18(2), 23-25.
- Rootes, L. e Aanes, D. (1992). A conceptual framework for understanding self-help groups. **Hospital and Community Psychiatry**, 43(4), 379-381.
- Roehe, M. V. (2000). **Do desabafo à mensagem: vivência de recuperação em Neuróticos Anônimos**. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, PUCRS.
- Rouse, S. D. (1987). One health professional's experience with self-help. **Social Policy**, 18(2), 30-31.
- Sanchez Vidal, A. (1991). **Psicologia comunitária: bases conceptuales y organizativas, métodos de intervención**. Barcelona: PPU.
- Schubert, M. e Borkman, T. (1991). An organizational typology for self-help groups. **American Journal of Community Psychology**, 19(5), 769-787.
- Shepherd, M. D.; Schoenberg, M.; Slavich, S.; Wituck, S.; Warren, M. e Meissen, G. (1999). Continuum of professional involvement in self-help groups. **Journal of Community Psychology**, 27(1), 39-53.
- Shumaker, S. A. e Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. **Journal of Social Issues**, 40(4), 11-36.
- Stewart, M. J.; Banks, S.; Crossman, D. e Poel, D. (1995). Health professional's perceptions of partnership with self-help groups. **Canadian Journal of Public Health**, 86(5), 340-344.
- Vattano, A. (1972). Power to the people: Self-help groups. **Social Work**, 17, 7-15.
- Yoak, M. e Chesler, M. (1985). Alternative professional roles in health care delivery: Leadership patterns in self-help groups. **Journal of Applied Behavioral Science**, 21(4), 427-444.

Recebido em dezembro de 2004
Aprovado em fevereiro de 2005