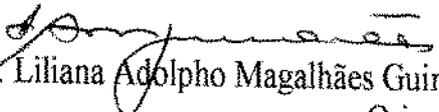


DIRCE BOLOGNA

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de
Pós – Graduação em Saúde Mental, da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Mental, defendida pelo aluna DIRCE
BOLOGNA.

Campinas, 07 de agosto de 1998.


Prof. Dra. Liliansa Adolpho Magalhães Guimarães
Orientadora

***PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO EM
INSTITUIÇÃO:***

Adesões e Abandonos em Unidades de Saúde da Rede Básica de Campinas - SP

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Mental.*

Orientador: Professora Doutora Liliansa A. Magalhães Guimarães

CAMPINAS-SP

1998

1998/08/07

UNIDADE	BC
L. CHAMADA:	T. 11 CAMP
	0638p
V. Ex.	
TOMBO BC/	35377
PROD.	395/98
C <input type="checkbox"/>	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	24,11,00
DATA	08/10/98
N.º CPD	

CM-00118204-6

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B638p

Bologna, Dirce

Psicoterapia analítica de grupo em instituição: adesões e abandonos em unidades de saúde da rede básica de Campinas-SP / Dirce Bologna. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

I. Saúde mental. 2. Saúde Pública. 3. Avaliação. 4. Psicoterapia de grupo. I. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Lílana Andolpho Magalhães Guimarães

Membros:

1.

Alu

2.

Sejro Bouda

3.

Luzmaria

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/98

*Aos meus pais "in memoriam".
Aos meus irmãos, especialmente
ao Toninho, e aos meus sobrinhos.*

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos à Profa. Dra. Liliana A.M. Guimarães, pela dedicada e sábia orientação, fornecendo-me inúmeras e valiosas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Dr. Wilton Viana, por ter me acolhido no grupo que propiciou-me vivências ímpares na descoberta de novos horizontes, e pela dimensão do *individual* e do *grupal* que pude adquirir com a ajuda da análise, minha eterna gratidão.

À Dra. Neusa M. F.M. de Oliveira, estimada amiga e colaboradora de todas as horas, inclusive nos assuntos relacionados à psicoterapia analítica de grupo, agradeço especialmente pelas discussões referentes à análise de conteúdo, parte desta dissertação.

À Dra. Dione Damasceno (Centro de Saúde Paranapanema) e ao Dr. Pedro Paulo Medeiros (Centro de Saúde São Quirino), por terem me permitido o acesso aos pacientes e ex-pacientes de grupoterapia nestas Unidades.

À Dra. Tereza L. Pereira, coordenadora, e à equipe do Centro de Saúde de Barão Geraldo, em especial ao psiquiatra Dr. Pedro Oliveira Mundim e à psicóloga Dra. Glória C. Miranda, pela convivência afetiva e apoio na realização desta pesquisa.

Às psicólogas Daniele Fumagalle e à Glória C. Miranda pela colaboração nas entrevistas, coleta de dados e aplicação dos instrumentos de avaliação.

À Profa. Ruth Marilda Fricke, Doutoranda e Mestre em Estatística pela UNICAMP, pelo primoroso trabalho estatístico.

À psicóloga Daniela de A. Martins pelo *abstract*, pela correção ortográfica e por outras valiosas contribuições na redação final deste trabalho.

Agradeço particularmente aos pacientes e ex-pacientes de grupo que se dispuseram às entrevistas, sem os quais não se realizaria este estudo.

Meus agradecimentos aos professores da UNICAMP e aos professores do Instituto “Dr. Bernardo Blay Neto” da SPAG de Campinas.

Agradeço à CAPES, pelo apoio oferecido nesta pesquisa.

SUMÁRIO

	pág.
Agradecimentos.....	ii
Sumário.....	iii
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Gráficos.....	x
Lista de Anexos.....	xi
Apresentação.....	xii
I - Introdução.....	1
1.1 - O Método da Psicoterapia Analítica de Grupo e sua Aplicação em	
Instituição.....	1
1.1.1 - Aspectos Históricos e Conceituais.....	1
1.1.2 - Modelos Teóricos.....	6
1.1.3 - Análise de Grupo: Processo e Técnica.....	13
1.1.4 - Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição.....	17
1.2 - Adesões e Abandonos na Literatura.....	18
1.2.1 - Aspectos Conceituais.....	18
1.2.2 - O Enfoque da Teoria dos Vínculos.....	20
1.2.3 - Adesões e Abandonos nas Práticas Grupais Ambulatoriais de	
Saúde Mental.....	23
1.2.4 - Adesões e Abandonos nas demais Práticas Psicoterápicas.....	30

1.3 - O Contexto da Pesquisa: Saúde Mental e Grupos Terapêuticos em Unidades Básicas de Saúde	32
1.3.1 - A Inserção da Saúde Mental na Rede Básica de Campinas.....	32
1.3.2 - Ilustração do Funcionamento da Saúde Mental em UBS.....	36
1.3.2.1- O Trabalho em Equipe.....	37
1.3.2.2 - A Triagem e os Primeiros Atendimentos de Adultos.....	38
1.3.2.3 - Características da População Atendida.....	40
1.3.2.4 - Intervenções - O Trabalho com Grupos	41
II - A Pesquisa	46
2.1- Hipóteses.....	46
2.2- Objetivos	46
2.3- Acerca da Natureza do Estudo e dos Métodos Utilizados.....	47
2.4- Material e Método	49
2.5- Instrumentos de Pesquisa	50
2.6- Procedimentos	52
2.7- Coleta de Dados e etapas da Pesquisa	53
2.8- Análise de Dados	55
III - Resultados	57
3.1- Caracterização da Amostra.....	57
3.2- Análise comentada dos motivos de permanência e de interrupções relatados pelos pacientes.....	74
3.2.1- Uso da comunicação verbal de forma efetiva e afetiva.....	74
3.2.2.- Dificuldades de comunicação verbal no grupo.....	79

3.2.3- Alívio de Sintomas.....	82
3.2.4- Eliminação parcial dos sintomas e necessidade de preservação dos sintomas.....	84
3.2.5- Prazer de estar em grupo.....	87
3.2.6- Rejeição ao grupo.....	90
3.2.7- Outros motivos.....	93
IV - Discussão.....	94
V - Conclusões e Considerações Finais.....	104
Referências Bibliográficas	108
Anexos	125

RESUMO

Objetivos: Este trabalho teve como objetivo discutir a Psicoterapia Analítica de Grupo (PAG) através do estudo das adesões e abandonos, a partir de variáveis sociais, clínicas e motivacionais em pacientes de Unidade Básica de Saúde (UBS).

Método, participantes, material: Realizou-se um estudo comparativo, no qual foram entrevistados 44 usuários da Saúde Mental em UBS - sendo 22 aderidos e 22 abandonadores de grupoterapia. Utilizou-se na coleta de dados: Entrevista estruturada, Roteiro de Pesquisa de Adesões e Abandonos, Escala de Hamilton para Ansiedade, Inventário de Depressão de Beck e Pesquisa Documental (prontuário clínico). Empregou-se Roteiro de Entrevista Estruturada com os Grupoterapeutas.

Resultados: A partir do relato dos pacientes sobre suas motivações conscientes para adesão ou abandono, foram identificados múltiplos fatores que concorrem para a continuidade/descontinuidade da grupoterapia. Três condições se configuram como relevantes para a adesão/continuidade: o uso da comunicação de forma afetiva e efetiva, o alívio dos sintomas e o prazer em “ser grupo”. Já, as condições para o abandono/descontinuidade são: as dificuldades de comunicação no grupo, o alívio parcial e/ou a necessidade de preservação dos sintomas e a rejeição ao grupo. Foram também detectadas associações relevantes entre grau de escolaridade e adesões à grupoterapia, correlações entre migração/ansiedade/abandono e uso mais acentuado de psicofármacos entre pacientes abandonadores. Por último, caracterizou-se o perfil sócio-econômico-demográfico e clínico do usuário da PAG em UBS, não havendo qualquer fator diferenciador para aderidos e abandonadores, exceto alguns aspectos demográficos e clínicos.

Conclusão: Adesões e abandonos são fatores constituintes dos grupos de orientação psicanalítica. Constatou-se que esta modalidade de atendimento é viável em UBS, podendo levar a resultados curativos e de desenvolvimento pessoal. Este estudo pretende contribuir para o processo de seleção, constituição e manejo de grupos na Rede Básica de Saúde, apontando também para a necessidade de formação específica do grupoterapeuta.

ABSTRACT

AIMS: The aim of this study was to discuss the Group Analytic Psychotherapy (GAP) through the investigation of compliances and drop-outs, considering clinical, social and motivational variables in out patients of a public health service (PHS).

METHOD: In a comparative study, 44 users of the Mental Health in the PHS were interviewed, of which 22 complied with the psychotherapy and 22 dropped it out. The instruments used in the data collection were: 1) a structured interview, 2) a research guide about Compliances and Drop-out, 3) the Hamilton Anxiety Rating Scale, 4) the Beck Depression Inventory, and 5) a Documental Research (clinical promptuary). A structured interview guide was used with the Group Psychotherapists.

RESULTS: Some multiple factors that contribute for the continuity/discontinuity of the group psychotherapy were identified from the patients report about their conscious motivations for compliance or drop-out. Three important conditions that can interfere in the compliance/continuity of the process are: 1) the use of the communication in an affective and an effective way, 2) the relief of the symptoms, and 3) the pleasure on "being a group". On the other way, the conditions that can interfere in the drop-out/discontinuity are: 1) the difficulties in the group communication, 2) a partial relief and/or the need of the symptoms preservation, and 3) a rejection for the group. There had also been detected important associations between the education level and the group psychotherapy compliance, and correlations between migration/anxiety/drop-out and the most pronounced use of psychotropic drugs by the patients who dropped out. At last, the social-economical-demographical profile and the clinical aspects of the user of the GAP in PHS showed that there is no differential factor for the ones who complied and the ones who dropped out, except the demographical and the clinical aspects.

CONCLUSIONS: Compliances and drop-outs are constitutive factors in groups psychoanalytically oriented. It was found that this treatment approach is workable, leading to curatives results and personal development. This study intends to contribute for the selection process, the organization and the management with groups in the Public Health Services. It also signs for the need of a grouptherapist specially well trained.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição segundo Sexo e Estado Civil.....	57
TABELA 2	Distribuição por Faixa Etária.....	58
TABELA 3	Distribuição por Escolaridade.....	58
TABELA 4	Distribuição por Profissão.....	59
TABELA 5	Distribuição por Vínculo Empregatício.....	60
TABELA 6	Distribuição por Faixa Salarial, conforme renda (individual ou familiar) declarada.....	60
TABELA 7	Distribuição por Estado de Procedência.....	63
TABELA 8	Distribuição por Tempo de Ocorrência de Sintomas.....	66
TABELA 9	Distribuição por Internação em Hospital Psiquiátrico.....	66
TABELA 10	Distribuição por Número de Internações em Hospital Psiquiátrico.....	67
TABELA 11	Distribuição por Diagnóstico Clínico.....	67
TABELA 12	Distribuição por Uso de Psicofármacos por Ocasão do Ingresso no Grupo.....	68
TABELA 13	Distribuição por Tempo de Uso de Psicofármacos.....	68

TABELA 14 Distribuição por Uso de Psicofármaco por Ocasão da Pesquisa.....	69
TABELA 15 Distribuição por Faixas de Pontuação do EAH.....	71
TABELA 16 Distribuição por Total de Pontos no Beck (IDB).....	72

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Tipo de Renda Declarada.....	61
GRÁFICO 2 Tipo de Condição Habitacional.....	61
GRÁFICO 3 Posse de Carro e Telefone.....	62
GRÁFICO 4 Tempo de Residência em Campinas.....	63
GRÁFICO 5 Tempo de Residência no Estado de São Paulo.....	64
GRÁFICO 6 Distribuição por Diagnóstico Psiquiátrico (Síndrômico).....	65
GRÁFICO 7 Tipo de Ajuda Alternativa Procurada.....	69
GRÁFICO 8 Resultado da Ajuda Alternativa.....	70
GRÁFICO 9 Total de Pontos da EAH.....	72
GRÁFICO 10 Total de Pontos do IDB por Faixas.....	73
GRÁFICO 11 Co-ocorrência entre Sintomas Ansiosos e Depressivos por Faixas de Pontuação.....	73

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO 1** Roteiro de entrevista - Caracterização do Usuário. PABI-AA-1998
- ANEXO 2** Consentimento Pós-Informação. PABI-AA, 1998
- ANEXO 3** Roteiro de pesquisa dos motivos de adesão. PABI-AA, 1998
- ANEXO 4** Roteiro de pesquisa dos motivos de abandono. PABI-AA, 1998
- ANEXO 5** Escala de Ansiedade de Hamilton
- ANEXO 6** Inventário de Depressão de Beck
- ANEXO 7** Roteiro para entrevista com os grupoterapeutas

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema em estudo advém da prática clínica com grupos de pacientes usuários da Saúde Mental da Rede Básica e dos estímulos que esta convivência tem proporcionado ao meu desenvolvimento na função de grupoterapeuta. Particularmente, os grupos de orientação analítica, fontes inesgotáveis de inquietações inerentes à aprendizagem, deram origens às investigações expostas na presente dissertação de mestrado.

Empregando esta modalidade de atendimento em Centro de Saúde desde 1991, surpreendeu-nos, na formação dos primeiros grupos (através da observação clínica), um índice de desistências dos pacientes em torno de 50%. Nossos parâmetros de então, construídos com bases nas práticas profissionais anteriores, inicialmente em Hospital Psiquiátrico, e depois em Ambulatório de Saúde Mental, não se mostravam suficientes para um entendimento adequado desta nova demanda, específica da população atendida em Unidade Básica de Saúde. Na ocasião, foram úteis as supervisões e os seminários clínicos do Curso de Formação em Psicoterapia Analítica de Grupo, da SPAG-CAMP. Estudo sobre o tema (BOLOGNA, 1993) elucidou aspectos contratransferenciais que interferiam na acuidade mental da grupoterapeuta, com conseqüências na relação terapeuta-paciente-grupo.

Todavia, algumas dúvidas permaneceram: além dos fenômenos intrínsecos ao processo psicodinâmico grupal, haveriam outros fatores, relacionados aos procedimentos de indicação e seleção para os grupos, por exemplo, contribuindo para adesões ou abandonos de pacientes da grupoterapia? Quais seriam estes fatores? Estariam relacionados às demandas particulares dos pacientes, da técnica, do grupoterapeuta, da equipe? Somavam-se também os questionamentos sobre modelos de funcionamento da equipe, prioridades de atendimento e outras dúvidas colocados pela realidade de um campo de trabalho relativamente novo para os profissionais de Saúde Mental.

Assim, a escolha do título "Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição", refere-se ao propósito de estudar a inserção da grupoterapia analítica nas Unidades de Saúde da Rede Básica de Campinas, Estado de São Paulo. Adotou-se o sub-tema "adesões e abandonos" como recorte para o entendimento do trabalho com os grupos.

Neste trabalho, a investigação dos aspectos relacionados à prática e à teoria do trabalho com grupos em Instituição Sanitária inicia-se a partir de uma revisão bibliográfica.

Uma primeira questão examinada na literatura refere-se à necessidade de *precisão* do referencial teórico-técnico para uma abordagem grupal adequada. De acordo com ZIMERMAN (1993), há um universo de modalidades grupais, uma grande confusão em suas teorias e uma elevada anarquia em suas aplicações práticas. Alerta para a necessidade de clareza do terapeuta quanto ao tipo de técnica empregada, que tipo de mudanças ele pretende, para qual tipo de pacientes, etc.

Neste sentido, uma tarefa do grupoterapeuta ao longo de sua prática profissional é assumir as suas próprias tendências, reconhecendo as proposições que mais o enriquecem no seu trabalho com grupos.

É com este intuito que o item um da Introdução é dedicado ao exame das origens, desenvolvimento e atualidade da Psicoterapia Analítica de Grupo, destacando-se autores cujas contribuições forneceram as bases de sustentação teórico-metodológica à prática desta modalidade grupal.

No item dois da Introdução, examina-se a questão de adesões e abandonos de pacientes nos grupos, através de duas vertentes: a primeira é uma abordagem reflexiva, buscando-se a definição e a conceituação dos termos através de estudos sobre VÍNCULOS, que encontra suporte teórico entre autores das relações objetais. A aplicação dos conceitos Kleinianos de *Posições* na abordagem dos grupos, dos conceitos de *valência* introduzidos por BION (1975) e das noções de *grupos internos* de PICHON-RIVIÈRE (1988) possibilita uma compreensão preciosa dos fenômenos psicodinâmicos que interagem na aproximação-repulsão humana. A retomada destes estudos pela *Psicanálise das Configurações Vinculares*, nos últimos dez anos, contribui para este rumo de investigações. A segunda vertente utilizada é a bibliografia que relata experiências com grupos de orientação analítica em Instituição de Saúde Pública Ambulatorial. Privilegiou-se as publicações locais, por se considerar importante dar atenção às especificidades encontradas nestas práticas, que abarcam, desde um entendimento das características da população-cliente dos grupos, às dificuldades teórico-técnicas dos grupoterapeutas destas Instituições.

Ao focar a questão de adesões e abandonos nos grupos terapêuticos, é importante ressaltar a concepção de *autonomia do ir e vir* do paciente - na grupoterapia ou em qualquer proposta que implique em convivência humana. É um posicionamento distinto daquele que considera a *adesão* como uma *prescrição*. Ao nosso ver, conteúdos valorativos, baseados num saber médico (ou de cunho religioso, ideológico, etc.), implícitos na *prescrição*, não funcionam quando se trata de propostas terapêuticas.

Na Rede Básica de Saúde de Campinas, especificamente, existe uma problemática quanto ao trabalho com grupos, que não pode ser ignorada ao se abordar o tema de abordagem grupoterápica. Resumidamente:

A técnica grupal é preferencialmente indicada para o atendimento da população, mas a preferência dos profissionais é pelo emprego da abordagem individual. Observa-se que existem práticas grupoterápicas consequentes, mas são esparsas, pouco sistematizadas e pouco divulgadas; a dedicação dos profissionais, inteiramente voltada à assistência, impõe limites à produção de um saber científico baseado na prática de atendimento à população. As discussões sobre o emprego da técnica grupal não têm alcançado maior profundidade entre os profissionais atuantes na rede. São frequentes as queixas sobre dificuldades neste tipo de abordagem e a inexistência de parâmetros de avaliação impede avanços.

Esta situação não é exclusiva da grupoterapia; mas ocorre, de modo geral, nas práticas psicoterápicas na Rede, conforme aponta ARAUJO (1997):

"...o profissional acaba por criar um método próprio de intervenção psicoterapêutica, adaptando técnicas à realidade pública (...) Contudo, o que se pode notar não foi necessariamente a criação de um novo método de trabalho, mas de uma colagem, uma transposição de diferentes métodos oriundos de diversos referenciais teóricos, sem uma pesquisa prévia, sem treinamento, sem verificação de resultados e sem produção de conhecimento sistematizado acerca dessas novas formas de atendimento".

Este assunto é abordado no item três da Introdução, que tem por objetivo situar o *ambiente* no qual ocorrem os grupos que fundamentam o presente trabalho: o *espaço*

institucional da Saúde Mental na Rede Básica de Saúde do Município de Campinas. Considerou-se importante introduzir o tema, pela oportunidade de tratar também de uma outra questão pouco sistematizada em nosso meio: o modelo de funcionamento da Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde, o trabalho em equipe, etc.

A segunda parte deste trabalho introduz a nossa contribuição específica ao estudo sobre fatores de adesões e de abandonos na Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição.

Algumas considerações sobre a natureza deste estudo e das dúvidas surgidas quanto à escolha do método de investigação ajudam a entender os caminhos por fim escolhidos.

Em primeiro lugar, o próprio título “Psicoterapia Analítica de Grupo” pode sugerir uma investigação através da técnica grupoterápica. Sabe-se que, enquanto instrumento de trabalho, esta modalidade de atendimento possui um campo operacional bem definido: *a sessão*, espaço no qual ocorrem os eventos ou fenômenos psicodinâmicos grupais. Um estudo baseado na técnica grupanalítica focalizaria o *processo* de grupo e estaria restrito às ocorrências dentro dos *limites espaciais e temporais do setting grupal*. Porém, tratando-se de um serviço prestado pela rede pública de saúde, esteve presente um interesse em examinar o caráter de um *serviço*, a uma dada *população*. Estes aspectos extrapolam o *setting* grupal e exigem o emprego de outros métodos de investigação, além do método clínico.

Optou-se por estudar as características sociais, clínicas e de discurso de pacientes aderidos à grupoterapia e de pacientes que desistiram desta modalidade de tratamento logo nas primeiras sessões. Acredita-se que as análises comparativas entre estes dois grupos, em suas diferentes formas de respostas à proposta grupoterápica, possam acrescentar algum conhecimento útil aos processos de indicação e seleção dos pacientes e para maior adequação na constituição dos grupos. Deste modo, empregou-se recursos dos modelos de pesquisa qualitativa e quantitativa em Saúde Mental para a realização deste estudo.

Os resultados, discussão e conclusões desta pesquisa são apresentados na terceira parte deste trabalho.

INTRODUÇÃO

"... se o indivíduo estivesse preparado para suportar as dores do desenvolvimento e tudo o que isso implica em esforços para aprender, poderia ultrapassar o grupo de dependência..."

(Wilfred Bion)

I - INTRODUÇÃO

1.1- O método da psicoterapia analítica de grupo e sua aplicação na instituição

A Psicoterapia Analítica de Grupo, também denominada *análise de grupo* pelo seu criador FOULKES, em 1948, *grupanálise* (CORTESÃO, 1989), *grupoterapia analítica* (TUBERT-OKLANDER, 1986, ZIMERMAN, 1993)¹, consiste num método psicoterápico grupal alicerçado em teorias psicanalíticas e grupanalíticas. Vale ressaltar que as teorias da dinâmica de grupos e da “gestalt” influenciaram os pensadores que mais contribuíram para o desenvolvimento desta modalidade de atendimento psicoterápico.

1.1.1 - Aspectos históricos e conceituais

Dois nomes se destacam nos estudos sobre a origem da psicoterapia analítica de grupo: Sigmund Freud e Joseph Pratt, embora o primeiro nunca tenha trabalhado com grupos, e o segundo não tenha se utilizado das teorias psicanalíticas ao iniciar o método grupal em Instituição de Saúde.

Freud construiu o sólido edifício teórico-técnico (descoberta do inconsciente psicodinâmico, ansiedades, regressão, complexo de Édipo, formação do superego, etc.) que, indiretamente, se constitui como o alicerce básico da dinâmica grupal. Sua obra trouxe valiosas contribuições específicas à psicologia dos grupos humanos (ZIMERMAN, 1993).

Os trabalhos de Freud mais estudados nesta área são: *As Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910); *Totem e Tabu* (1913); *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921); *O futuro de uma ilusão* (1927); *Mal-estar na civilização* (1930).

Sigmund Freud interessou-se pelo efeito do grupo sobre o indivíduo. Seu estudo da dinâmica de grupo foi um passo para a conceitualização ulterior do superego e permitiu entender que os grupos se formam por aceitarem o líder como um ideal do ego. Enquanto considerava o que constitui um grupo, em contraste com simplesmente uma reunião de pessoas, Freud postulou que a formação de grupo exige um senso de propósito (meta ou

¹ Durante este trabalho, essas denominações serão utilizadas com o mesmo significado.

objetivo) e o surgimento de uma liderança clara. Formulou a hipótese de que os membros desenvolvem laços libidinais com o líder (RUTAN, 1996).

A identificação constitui para Freud a mola fundamental de todo grupo. Este deve efetivamente ser encarado sob o ângulo das relações entre os membros e seu chefe. Freud interessou-se unicamente pelos grupos com líder. Só concebe, aliás, a identificação com relação à imagem paterna (AMADO & GUIDET, 1978).

A terapia de grupo, no sentido de um empreendimento planejado e profissionalmente orientado, teve início nos E.U.A. com Josef Pratt, médico pneumologista que, a partir de 1905, criou o método de "classes coletivas". Oferecia palestras a grupos compostos de 20 a 30 pacientes, nas quais a transmissão de informações combinava-se com exortações inspiracionais para ajudar os pacientes a lidar com sua moléstia crônica. Observando os ganhos psicológicos decorrentes desta abordagem, Pratt e seus associados estenderam seu método de classe a pacientes diabéticos e, finalmente, a pacientes neuróticos. (DE MARÉ, 1974).

Os métodos que seguem esta forma didática suportiva são genericamente denominados *terapias exortivas que agem "pelo" grupo*, uma vez que estimulam e se utilizam de emoções coletivas sem tentar compreendê-las (GRINBERG, LANGER, RODRIGUÉ, 1976).

Esse método, que mostrou excelentes resultados na aceleração da recuperação física dos doentes, está baseado na identificação desses com o médico, compondo uma estrutura familiar-fraternal e exercendo o que hoje chamariamos de "função continente" do grupo. Pode-se dizer que tal sistema empírico foi o modelo de outras organizações similares, como, por exemplo, a dos "Alcoolistas Anônimos", iniciada em 1935, e que ainda se mantém com uma popularidade crescente (ZIMERMAN, 1993).

Nos Estados Unidos, as primeiras tentativas de pequenos grupos de orientação analítica foram feitas por Trigant Burrow, um dos fundadores da associação Psicanalítica Americana, em meados da década de 20. Na década de 30, Louis Wender, Paul Schilder, Jacob L. Moreno, Samuel R. Slavson, Fritz Redl e Alexander Wolf, utilizaram-se de referenciais psicanalíticos em pequenos grupos planejados para o tratamento da patologia da

personalidade.

RUTAN (1996) coloca que Alexander Wolf e Emanuel Schwartz, que, em 1962, escreveram *Psychoanalysis in Groups*, podem também ser citados como os criadores da psicoterapia psicanalítica de grupo clássica, “(...) eram psicanalistas e adaptaram suas técnicas psicanalíticas clássicas de interpretação onírica, associação livre, análise da resistência, elaboração, transferência e contratransferência”.

Na Inglaterra, na década de 40, foi S.H. Foulkes quem centralizou o pioneirismo e a liderança da *psicoterapia analítica de grupo* com enfoque gestáltico, iniciando a técnica por ele denominada de “*grupo-análise*”. Ressaltou que não se tratava de psicanálise de indivíduos num grupo, mas sim, uma forma de psicoterapia pelo grupo, do grupo, incluindo seu condutor (RIBEIRO, 1981).

Foulkes foi influenciado por Kurt Lewin, aceitando da teoria gestáltica inúmeros conceitos, como a noção de grupo, operando no campo social como um todo dinâmico, os conceitos de figura-fundo, tensão, conflito, “aqui-e-agora” (RIBEIRO, 1981), porém, a abordagem de Foulkes vai além da teoria lewiniana e analítica em sua ênfase na teoria da comunicação de fenomenologia de grupo (DE MARE, 1974).

Postulando que o grupo se organiza como uma nova totalidade, diferente da soma dos indivíduos, Foulkes criou uma série de conceitos consagrados e utilizados na aprendizagem de sucessivas gerações de grupoterapeutas, sendo também considerado o líder mundial da psicoterapia analítica de grupo (ZIMERMAN, 1993).

O impulso principal para um decisivo crescimento na popularidade da psicoterapia de grupo foi a II Guerra Mundial, quando as baixas por motivos psiquiátricos entre combatentes forçaram os poucos psiquiatras militares, tanto ingleses como americanos, a utilizar métodos grupais de tratamento.

Na Grã-Bretanha, psiquiatras e psicanalistas tiveram campo fértil para experimentar seu tratamento inovador de baixas psiquiátricas de guerra em grupos pequenos e grandes. E. James Antony, S. H. Foulkes, Wilfred R. Bion, Joshua Bierer e John Rickman, entre outros, escreveram seus primeiros artigos sobre seu trabalho com grupos no Northfield Military Hospital.

Ainda na década de 40, Bion trabalhou com pequenos grupos na Clínica Tavistock de Londres, aplicando os conceitos Kleinianos de Posições e criando bases decisivas para o entendimento mais profundo dos mecanismos primitivos que ocorrem no grupo.

BION (1975) distinguiu dois níveis de funcionamento mental em todo grupo, denominando-os *grupo de trabalho*, no qual se manteriam os recursos egóicos (nível consciente) e *grupo de pressupostos básicos* (nível inconsciente). Ele descreveu a possibilidade de os membros de um grupo, a partir de sua capacidade de valência, combinarem-se entre si através de mecanismos inconscientes de identificação projetiva e introjetiva, fomentando a organização e a manutenção de lideranças (dependência, luta-fuga, acasalamento) dentro do funcionamento dos supostos básicos.

Na Argentina, década de 30, o psicanalista Enrique Pichon-Rivière iniciou experiências com grupos de familiares de pacientes oligofrênicos e psicóticos. A partir destas e de outras experiências nas décadas seguintes, o autor desenvolveu a conceituação e a aplicação dos grupos operativos, construindo o seu “esquema conceitual referencial operativo”(ECRO), considerando uma série de fatores conscientes e inconscientes que regem a dinâmica de qualquer campo grupal, e que se manifestam em três áreas: mente, corpo e mundo externo (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Uma antiga problemática que se suscita se refere a saber se um grupo operativo é um grupo terapêutico. Para Pichón, o grupo operativo é um instrumento de trabalho, um método de investigação e cumpre, além disso, uma função terapêutica (BERSTEIN, 1986).

É tão abrangente a aplicação dos postulados dos grupos operativos que muitos preferem considerá-los como sendo, genericamente, um continente de todos os demais grupos, incluídos os terapêuticos, mesmo os de natureza analítica (ZIMERMAN, 1993).

Ainda em Buenos Aires, duas obras publicadas tiveram impacto para os analistas latino-americanos dedicados à psicoterapia de grupo: “*Psicoterapia Del Grupo: Su Enfoque Psicoanalítico*”, de Grinberg, Langer e Rodrigué, em 1957 e “*Estudios Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*”, em 1965, de David Zimmermann, autor de nacionalidade brasileira (ZIMMERMANN, 1971).

Durante a década de 50, o campo da saúde mental, inclusive a terapia de grupo, foi

tomado por rixas sem precedentes entre escolas de pensamento que competiam entre si, por reivindicações de hegemonia. Somando-se aos embates ideológicos iniciais entre os aderentes psicanalíticos dos campos freudiano, adleriano e os neo-freudianos, apareceram numerosas terapias novas a competir, entre elas a análise transacional, a abordagem centrada na pessoa, a Gestalt, a racional-emotiva e a existencial. A literatura de psicoterapia de grupo, nesta época, mostrou a aplicabilidade do tratamento de grupo a uma ampla gama de *settings* clínicos: hospitais gerais e psiquiátricos, clínicas ambulatoriais, programas de reabilitação e instituições correcionais. As populações de pacientes eram amplas em raio de ação, indo de crianças e adolescentes a adultos com distúrbios psiquiátricos variados (inclusive problemas psicossomáticos), homossexuais e os mentalmente retardados (SCHEIDLINGER, 1996).

Na França, década de 60, surgiram os trabalhos sobre a dinâmica dos grupos, por parte dos psicanalistas da Escola Francesa, principalmente Didier Anzieu e Rene Kaës. O primeiro, partindo das descobertas de Freud de que “o sonho é a realização alucinatória do desejo”, desenvolveu importantes conceitos de “ilusão grupal” (ANZIEU, 1986). A ilusão grupal consiste em uma sensação de que o grupo, por si só, completará as necessidades de cada um e de todos. O desejo realizado no grupo seria um desejo reprimido e não satisfeito nas relações interpessoais, na vida privada e social, reeditados no grupo terapêutico.

A ilusão grupal corresponde ao “espaço transicional”, de Winnicott, que medeia a passagem do nível do imaginário ao da realidade. É uma fase inevitável de todo grupo, que vai exigir um trabalho de desprendimento com respeito à necessidade de uma desilusão das ilusões (ZIMERMAN, 1993).

KAËS (1977), em sua tese sobre o “aparelho psíquico grupal”, considera que os grupos humanos são objetos de catexias psíquicas e sociais e que representam, através das relações constituídas, o grupo familiar. A situação grupal mobiliza o princípio das repetições das relações objetais infantis, o grupo é a sede de manifestações das representações reprimidas e dos afetos reprimidos.

No Brasil, a psicoterapia de grupo de inspiração psicanalítica teve início com A.B. Bahia, cuja técnica inicial consistia em reproduzir o modelo da psicanálise individual,

separadamente, para cada um dos componentes do grupo, sendo que, ao final, fazia uma síntese abrangente da totalidade grupal. Outros nomes importantes e pioneiros são: W.I. Oliveira (referencial kleiniano) e W. Kemper (freudiano ortodoxo), no Rio de Janeiro, Blay Neto, L. Miller de Paiva e O.R. Lima, em São Paulo, e Cyro Martins, David Zimmermann e Paulo Guedes, em Porto Alegre (ZIMERMANN, 1993).

Segundo MELLO FILHO (1997), a psicoterapia analítica de grupo instalou-se na década de 60 no Brasil e na América Latina, e floresceu intensamente até a década de 80, quando entrou em crise “difícil de explicar, pois o grupo oferecia excelentes resultados, era acessível economicamente e possuía um viés para o social “. O autor acentua, porém, que esta abordagem ainda lidera as demais formas de grupoterapias e continua crescendo e se firmando no Brasil, principalmente nos espaços institucionais, ou públicos.

Em Campinas, São Paulo, embora já se praticasse grupanálise em consultórios desde 1968 (VIANA, 1997), foi a partir dos anos 80 que surgiu um maior número de publicações sobre o emprego da técnica grupal analítica na saúde pública: em Ambulatórios Públicos de Saúde Mental (NAVES et al, 1984 e 1987); em Ambulatório de Psiquiatria de Adultos (GUIMARÃES, 1984 e 1992; GUIMARÃES et al, 1990; ARRUDA, 1991); no Ensino a Médicos Residentes de Psiquiatria da UNICAMP (GUIMARÃES, 1988 e 1992); em Escola Municipal (TERZIS et al, 1993); no Plano de Assistência de Saúde Psicossomática Comunitária (VIANA, 1993) e na pesquisa (HAEITMANN, 1992).

1.1.2 - Modelos Teóricos

A partir das inúmeras contribuições surgidas no desenvolvimento das psicoterapias grupais orientadas psicanaliticamente, descritas anteriormente, alguns autores (ZIMMERMANN, 1971; DE MARÉ, 1974; GRINBERG et al, 1976) apontaram três tendências na aplicação do método: análise individual *em* grupo, análise *de* grupo, análise *através do* grupo.

Mais recentemente, num trabalho de vários autores organizado por KAPLAN & SADOCK (1996), a Psicoterapia de Grupo Derivada da Psicanálise é examinada em seis tipos, de acordo com os diversos enfoques e tendências teórico-técnicas: a) Psicanálise em

Grupos; b) Psicoterapia Psicanalítica de Grupo; c) Análise de Grupo; d) Modelos de Psicoterapia de Grupo Centrados no Grupo; e) Teoria das Relações Objetais e Psicoterapia de Grupo, f) Psicologia do *Self* e Psicoterapia de Grupo. Resumidamente:

a) *A Psicanálise em Grupos*, da qual Alexander Wolf foi pioneiro em 1937, partilha de três ingredientes fundamentais a todas as terapias de grupo: (1) um terapeuta de grupo e, pelo menos, dois pacientes; (2) a interação múltipla entre os membros do grupo e (3) os limites para o que se passa no grupo. Essa forma de terapia possui, no entanto, um ingrediente básico adicional: a exploração e a elaboração dos processos inconscientes (KUTASH & WOLF, 1996).

b) *A Psicoterapia Psicanalítica de Grupo*, segundo RUTAN (1996), baseia-se nos princípios fundamentais da teoria psicanalítica, que permanecem constantes desde as primeiras hipóteses de Freud: (1) há um determinismo psicológico; (2) existem processos inconscientes; (3) o comportamento humano é dinâmico e dirigido para um objetivo; (4) o desenvolvimento humano é epigenético e (5) as funções da mente acham-se em ação em qualquer ponto determinado do tempo.

A técnica flui da teoria e parte da definição de que as pessoas desconhecem o processo inconsciente; tenta ajudar os pacientes a obter conscientização de aspectos de si próprios dos quais não apenas não se dão conta, mas também tentam ativamente não se tornar cientes, uma vez que fazê-lo resultaria em sofrimento. É essencial o estabelecimento de uma boa aliança de trabalho. Há uma hierarquia no relacionamento e o terapeuta trabalha desde uma posição do processo secundário, estimulando o surgimento do processo primário.

Utiliza-se os meios clássicos da psicanálise que acessam o inconsciente: a associação livre, os lapsos de linguagem, a análise da transferência, os sonhos, o estilo de caráter. O objetivo é ajudar os pacientes a conhecer as presunções anteriormente não examinadas que guiam as suas percepções, crenças e comportamentos - noutras palavras, tornar consciente o inconsciente (RUTAN, 1996).

Estes são modelos clássicos de abordagens grupais, desenvolvidos principalmente nos E.U.A. pelos pioneiros Burrow, Schilder, Wender, Slavson, Wolf, Schwartz. Modernamente, modificações introduzidas na teoria clássica dos instintos, de Freud,

advindas da psicologia do *self*, da teoria das relações objetais e de outras fontes, dão ênfase aos fatores interpessoais envolvidos na personalidade, na patologia e nos seus efeitos na cura.

Um dos principais representantes da “Psicoterapia Interpessoal de Grupo” na atualidade norte-americana é Irvin Yalom (YALOM & VINOGRADOV, 1989).

GROTJAHN (1983), embora utilize princípios psicanalíticos (transferência, resistência e interpretação), acentua as diferenças existentes entre a neurose transferencial no relacionamento dual da psicanálise e os relacionamentos múltiplos de transferência em grupo, que prefere abordar como *situações transferenciais* em grupo: (1) para com a figura do terapeuta; (2) relacionamento transferencial que se estende aos pares no grupo e forma importante agente terapêutico e (3) a transferência ao grupo como mãe ou matriz grupal.

c) *A Análise de Grupo, ou Psicoterapia Analítica de Grupo*, como o seu criador Sigmund Heinrich Foulkes preferia chamá-la, foi por ele definida como baseada em três coordenadas: a estrutura, o processo e o conteúdo.

O método da Análise de Grupo é concebido nas suas dimensões de investigação e terapêutica. A dimensão terapêutica dá ênfase basicamente a três fatores: suporte, comunicação e transferência. Todo este processo ocorre dentro de uma rede de relação e comunicação que Foulkes conceituou de *Rede e Matriz Grupal*.

O conceito de matriz grupal ou rede transpessoal, segundo FOULKES & ANTHONY (1967) “é a teia hipotética de comunicação e relação num dado grupo. É o terreno partilhado em conjunto que, em última instância, determina o sentido e a significação de todos os acontecimentos, no qual integram todas as comunicações e interpretações, verbais e não verbais”.

Estes dois conceitos foram tomando corpo e suas implicações metodológicas exigiram um maior esclarecimento, conforme mostra RIBEIRO (1981) ao examinar as transformações destes conceitos definidas pelo próprio Foulkes ao longo de sua obra. CORTESÃO (1989) desenvolveu o modelo da *Grupanálise* partindo das concepções de Foulkes, e estudos neste sentido continuam sendo empreendidos pela Escola Portuguesa de Grupanálise.

A matriz grupal analítica constituiria uma rede de relação e comunicação, marcada pela presença de um componente transferencial de fundamental importância no processo terapêutico, expresso em termos inter, trans e intrapessoais. Essas interrelações manifestam-se no grupo através de fenômenos como os de espelho e de ressonância (FERREIRA, 1996). A reação de espelho é aquela pela qual o paciente está em condições de perceber nos outros os mais interiorizados aspectos de seu comportamento, de observar de fora as reações que lhe são próprias. A ressonância é o processo pelo qual cada pessoa no grupo fala e entende a mesma linguagem. Cada um a interpreta, significativamente, de acordo com sua especial ressonância; é uma comunicação inconsciente entre dois ou mais membros do grupo; é específica e seletiva (RIBEIRO, 1981).

De particular importância nesta matriz, como um processo terapêutico, é o “treino do ego em ação”, descrita por FOULKES (1975) como “a capacidade de poder analisar e adaptar as estruturas do indivíduo (id, ego e super-ego), quando em interação, no sentido de promover a sua compreensão e funcionamento mais harmônico”. O “treino do ego em ação” deve ser compreendido como o trazer o inconsciente para a esfera da consciência, à procura da individualidade do *self*, iniciada na infância e prosseguida através de inúmeras vicissitudes, até ao momento atual da vida da pessoa (TERZIS, 1997).

A ênfase da teoria fouldkiana está no fato de que o grupo é o instrumento básico de ação: ele é agente e paciente. É nele, com ele e através dele que o processo se realiza. O grupo é o principal instrumento terapêutico, sendo o psicoterapeuta apenas o seu condutor e responsável administrador, cuja tarefa é fazer com que o grupo se faça, se realize, de modo criativo, flexível e dinâmico. O grupo em si mesmo é o principal veículo e instrumento terapêutico (RIBEIRO, 1981).

d) *O Modelo das Relações Objetais* – cujas raízes podem ser remontadas aos estudos de FREUD (1914 e 1917) sobre narcisismo e melancolia; aos conceitos descritos por KLEIN (1970), sobre Posições; aos conceitos de meio-ambiente de sustentação, de WINNICOT (1975) aplicados à psicoterapia de grupo, e às contribuições de outros inúmeros autores – tem fornecido importantes subsídios para a abordagem grupal psicodinâmica. Isto ocorre particularmente a partir das descobertas de BION (1975), de que os grupos reativam nos indivíduos estágios primitivos do funcionamento mental, aos quais

Klein havia chamado de ansiedades psicóticas.

Segundo KIBEL (1996), *“a teoria das relações objetais trata de relacionamentos, principalmente os internos à mente, os chamados relacionamentos internalizados. Esses relacionamentos são esquemas psíquicos a respeito das relações entre representações mentais de si próprio e dos outros, chamadas de imagens do self e imagens objetais (...). Os clínicos que utilizam a teoria das relações objetais conceituam o processo grupal em função da operação dos mecanismos primitivos de defesa”*.

Um exemplo deste enfoque na abordagem do processo evolutivo da psicoterapia analítica de grupo é apresentado por OLIVEIRA (1997), ao estudar as etapas evolutivas da psicoterapia analítica de grupo.

e) *Modelos de Psicoterapia de Grupo Centrados no Grupo* - contou com o pioneirismo de BION (1975) na construção teórica dos pressupostos básicos de abordagem do grupo como um todo. Esse modelo baseia-se na concepção de que o comportamento de cada paciente num grupo terapêutico é influenciado e modificado pelas tensões e pelos conflitos que surgem no grupo.

De acordo com HORWITZ (1996),

“Bion propôs a concepção de pequenos grupos não estruturados que ficam sob a influência de pressupostos básicos (dependência, luta-fuga, acasalamento). Essa forma de emocionalidade de grupo partilhada serve de defesa contra tendências regressivas primitivas, pertinentes a experiência de fusão e perda de identidade. O grupo desloca-se de maneira espontânea de um pressuposto básico para outro, e a sua influência sobre cada paciente depende da valência ou predisposição do membro a ser afetado pela corrente emocional prevalente (...) o mecanismo que explica o desenvolvimento dos pressupostos básicos é a acumulação de identificações projetivas por cada membro do grupo sobre todos os outros membros grupais;

essas influências afetivas dão origem a um pressuposto básico comumente partilhado”.

Os supostos básicos (SB) funcionam nos moldes do processo primário do pensamento e, portanto, obedecem mais às leis do inconsciente dinâmico. Assim, os supostos básicos ignoram a noção de temporalidade, de relação causa-efeito, ou se opõe a todo processo de desenvolvimento, e conservam as mesmas características que a reações defensivas mobilizadas pelo ego primitivo contra as ansiedades psicóticas (ZIMERMAN, 1995).

Os grupos de suposição básica buscam satisfação instantânea dos desejos de seus membros e estão orientados para dentro, no sentido de suas fantasias subjetivas, e não para fora, em contato com a realidade objetiva. Há pouca ou nenhuma capacidade para tolerar frustração, pouco interesse em reflexão ou pensamento e uma ênfase muito grande nos sentimentos. Estão sempre funcionando numa tentativa de seduzir o líder para que este abandone sua proposta de trabalho. Nesse sentido, representam uma interferência com a proposta do grupo de funcionar como um grupo de trabalho ou com o atendimento a determinadas tarefas para as quais o grupo se organizou (SILVA, 1986).

Segundo KIBEL (1996), os clínicos aplicaram os conceitos de Bion de diversas maneiras. Para alguns, o grupo tem sido considerado como um receptáculo para projeções primitivas de objetos parciais, como um objeto de transferência e como um veículo para a expressão das transferências separadas de seus membros, num método centrado no grupo-como-um-todo. Outros terapeutas adotaram as idéias de Bion de que o próprio grupo serve como um continente para as projeções, mas sem necessariamente utilizar a abordagem do grupo-como-um-todo ao tratamento. Neste caso, o grupo em si é comparado a um meio-ambiente de sustentação, ou a um objeto transicional, em que os membros podem fazer experiências com potenciais latentes para desenvolver novas maneiras de relacionar-se com outros.

f) *A Psicologia do Self na Psicoterapia de Grupo* - as aplicações da teoria do *self* de Heinz Kohut no atendimento a grupos facilita o desenvolvimento e o exame dos relacionamentos entre o *self* e objetos-do-*self* que criam ou rompem experiências *self*-

objetais entre os membros e com o líder. “(...) Quando os membros ficam à vontade no exame de suas interações e reações, o líder ajuda-os a esclarecer qual a função dos outros membros, quer na manutenção, quer na dissolução de sua autocoção”. (BAKER, 1996)

O *self* grupal, ou o sentimento que cada paciente tem do grupo como um todo, é de suma importância e ainda carece de muito estudo, pois é responsável por inúmeras melhoras e curas inexplicáveis, como também por abandonos precoces, ou resultados desfavoráveis. Além do inquestionável valor da interpretação grupal, é de suma importância a valorização do grupo com um Self-Objeto para cada componente, as interpretações individuais e uma atitude empática do terapeuta em relação ao grupo como um todo e a cada um de seus componentes (BISKER, 1986).

DOIN² (1982) ressaltou que “as bases teóricas da Psicologia do *Self* apresentam muitos pontos em comum com as idéias de Winnicott (preocupação materna primária, objeto e fenômeno transicional, *holding*, *concern*) e com as idéias de Bion (continente e conteúdo). O que a Psicologia do *Self* enfatiza é um aprofundamento nos detalhes da comunicação, da compreensão empática e da ferida narcísica, e seu tratamento clínico, no sentido de que o paciente se sinta querido e valorizado como pessoa e com direito a expressar suas características individuais. Isto se obtém através de uma postura mais autêntica (empática), sem seguir modelos teóricos e sem querer que o paciente “se adapte” às referências teóricas do analista”.

Na atualidade, a maioria das publicações apontam a tendência ao uso de princípios de uma teoria centrada no grupo. Primeiro por acreditar que o grupo como um todo possui certas propriedades conscientes e inconscientes que afetam o comportamento de cada membro. Segundo, porque os grupos psicoterápicos, quer intermitentemente, quer em base constante, manifestam alguma forma de funcionamento unitário, evidenciada por um tema ou conflito compartilhado. Essa observação foi descrita por Wilfred Bion como um pressuposto básico, por Eziel como uma tensão comum de grupo e por Dorothy S.

²* DOIN, C. apud BISKER, J. - As aplicações da psicologia do self à psicoterapia analítica de grupo. In: OSÓRIO, L.C. - **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p.98-107.

Whitaker e Morton A. Lieberman como um conflito focal de grupo (HORWITZ, 1996).

A partir do exame dos diversos modelos teóricos relativos à Psicoterapia Analítica de Grupo, adotou-se as concepções de Foulkes por serem as mais sistematizadas e que abordam as bases fundamentais do processo e da técnica em análise de grupo. A seguir, esta abordagem será sumariada.

1.1.3 - Análise de Grupo: Processo e Técnica

A terapia analítica de grupo desenvolve-se diretamente da premissa de que os sintomas surgem de obstruções no sistema comunicativo entre alguém e outras pessoas, tornando-se depois obstruções intrapsíquicas. Essas obstruções psíquicas são, em primeira instância, um bloqueio de comunicação entre o *self* e outras pessoas, tornando-se depois pessoais e intrapsíquicas. O que a pessoa traz ao grupo reflete a incapacidade de reconhecer e trabalhar plenamente com essas obstruções comunicativas. Na situação analítica de grupo, a restauração da comunicação é fator terapêutico primordial (PINES & HEARST, 1996).

O grupo terapêutico é um grupo transferencial, no qual os processos inconscientes de projeção, identificação projetiva, introjeção e identificações são descarregados no grupo e mantidos lá, para serem eventualmente traduzidos em processos comunicativos e partilháveis.

Os principais aspectos técnicos para a formação e condução dos grupos analíticos referem-se a: (1) seleção de pacientes, (2) *setting* grupal, que inclui estrutura do grupo, tamanho, local, tempo, etc., e atitudes internas do psicoterapeuta (acolhimento, etc.), e (3) as intervenções. Estes aspectos receberam a atenção de Foulkes durante toda sua obra e são relacionados por RIBEIRO (1981), descritos aqui resumidamente:

1- Seleção:

Crítérios de seleção são importantes para a formação do grupo, influenciam no sucesso ou insucesso da psicoterapia e variam de acordo com o tipo de grupo que se queira fazer (aberto, semi-aberto, fechado, combinado). Os principais critérios são:

- escolha de candidatos que não tenham nenhuma relação de conhecimento ou amizade

fora do grupo;

- realização de uma (ou mais) entrevista com o paciente, observando: suas motivações para a psicoterapia, sua capacidade de *insight*, suas defesas e tipo de comunicação;
- as indicações para psicoterapia cobrem todas as formas de psiconeuroses, de psicoses que consentem um certo contato com a realidade, de distúrbios psicossomáticos e de pacientes que não se beneficiariam com a terapia individual;
- as contra-indicações referem-se a paranóias, estados paranóicos e depressivos graves;
- na seleção, a decisão em incluir o paciente em qual tipo de grupo - aberto, fechado, semi-aberto, combinado - dependerá da profundidade dos sintomas, das possibilidades de tempo do paciente, ou da urgência na solução de seus problemas;
- quanto à estrutura do grupo, propõe como ideal o número de oito participantes, ambos os sexos, sem normas fixas quanto à idade (sugere evitar diferenças muito grande de idades num mesmo grupo), sessões semanais com duração de noventa minutos.

2- *Setting* Grupal:

De acordo com as concepções de Foulkes, um aspecto específico e de extrema importância para o processo terapêutico é o que ele chamou de *administração dinâmica da terapia de grupo*, que consiste nas várias atividades que o analista de grupo desempenha para criar e manter em condição ótima o *setting* grupal. O duplo aspecto desta função, conforme RIBEIRO (1981), abrange:

- *atitude interna do psicoterapeuta*: tolerância, não-diretividade, aceitação sem censura de todas as colocações dos participantes. O terapeuta evita propor programas, a tarefa do grupo é comunicar-se espontaneamente. Na fase inicial, o terapeuta deve ser mais ativo, falar e orientar mais que nas sessões subsequentes. Sua atenção deve ser fixada no aqui e agora do grupo, observando todos os pormenores: posição corporal, tiques, relaxamento facial, tonalidade da voz, como formas significativas de comunicação. Encoraja os integrantes a participar ativamente do processo terapêutico, visando aumentar a interação grupal e a integração do paciente; apoia o grupo em suas iniciativas e aceita, apenas

esporadicamente, que o grupo lhe atribua a função de comando.

- *a administração externa do grupo*: pontualidade com o horário das reuniões e tempo de duração das sessões, que devem ocorrer sempre no mesmo local (mesma sala de grupos), a disposição de cadeiras em círculo; o terapeuta deve manter o grupo informado sobre programa de férias e eventuais faltas previstas e encaminhar ao psiquiatra aqueles pacientes que necessitam de apoio medicamentoso, evitando misturar funções de psicoterapeuta de grupo com as de clínico, para evitar um tipo de dependência desnecessário ao processo terapêutico.

Tais procedimentos possibilitariam ao analista de grupo assegurar-se de que todos os eventos que ocorrem nos limites do grupo integrem-se à rede total de comunicações e relacionamentos que constituem a matriz de grupo, tornando-se acessíveis ao processo terapêutico de tradução, desde níveis primitivos de experiência e expressão, para os níveis integradores mais elevados, nos quais se tornam linguagem intercambiável. Por exemplo, atrasos sistemáticos, ou faltas frequentes, podem ser defesas específicas ao processo grupal que se expressam como ataque ao *setting*, cuja análise é possível por meio da função administrativa do analista de grupo, que as traz para dentro do campo de visão do grupo (PINES & HEARST, 1996).

Além disso, os cuidados com o *setting* proporcionam o meio-ambiente estruturado em que um padrão repetitivo de expectativas pode desenvolver-se, um meio-ambiente materno de sustentação, um sistema seguro dentro do qual pacientes neuróticos, pacientes narcisicamente transtornados e *borderline* possam reviver antigos padrões de relacionamento, modificá-los e expandi-los, para alcançar crescimento e mudança.

Quanto à duração do tratamento, ela dependerá da natureza do grupo (aberto, fechado, etc.) e de sua psicopatologia. Sugere que um tratamento intensivo dura em média de dois a três anos.

3 - Intervenções:

Na Psicoterapia Analítica de Grupo as intervenções do terapeuta podem ocorrer por um certo número de modos: elas podem apontar, esclarecer, confrontar, vincular ou

interpretar contribuições individuais ou o comportamento do grupo. São formas de *traduzir* o que ocorre no grupo e surgem tanto das contribuições dos pacientes como do terapeuta.

Interpretação é uma comunicação verbal feita pelo condutor do grupo ao grupo ou a membros do grupo, com a finalidade de atrair sua atenção para certos significados a respeito dos quais julga que eles não são conscientes, mas podem tornar-se através de sua ajuda verbal. “Interpretar, portanto, é transferir ou traduzir alguma coisa de um contexto para outro”. (FOULKES, 1975)

RIBEIRO (1981) destacou aspectos importantes preconizados por Foulkes sobre as intervenções no grupo analítico. Sumariando:

- o psicoterapeuta deve ser sempre parco nas suas interpretações, dirigidas, sobretudo, à tradução dos conteúdos inconscientes, à análise das resistências e dos mecanismos de defesa e, finalmente, a todos os processos ligados às situações de transferência;
- na interpretação como processo, os pacientes também interpretam, distinguindo-se níveis conscientes e inconscientes. A interpretação inconsciente deriva do fato de que todas as contribuições que se seguem umas às outras são frutos de associações, reações, respostas a atitudes ocorridas na matriz grupal, fonte e ponto de convergência de todas as comunicações;
- a interpretação inconsciente por parte do grupo é um ato criativo, envolve diferentes níveis da comunicação e fenômenos de ressonância, reações em cadeia, expressa o produto de uma linguagem de base comum e universal na situação grupo-analítica;
- as principais áreas de interpretação são: os conteúdos da comunicação, o comportamento do indivíduo e do grupo e as relações interpessoais;
- as intervenções do terapeuta podem dirigir-se a cada pessoa em particular, às diversas configurações, às relações entre os participantes, bem como entre estes e o psicoterapeuta. Preferencialmente breves, discretas e em tom de conversa, as interpretações do terapeuta devem basear-se nas experiências disponíveis no momento e, quanto possível, próximas ao nível emocional da comunicação que a provocou.

1.1.4- Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição

Até aqui foram expostos as principais contribuições ao corpo teórico da psicoterapia analítica de grupo que dão suporte ao psicoterapeuta para a aplicação da técnica em seu campo de trabalho. Haveriam outros aspectos específicos, do ponto de vista teórico, quando esta prática ocorre em Instituição?

BLEGER (1991) assinalou o modo como a Instituição se faz presente nos grupos. Ele postulou dois níveis de sociabilidade em todo grupo, denominando-os sociabilidade por interação (nível de funcionamento mental consciente, corresponde ao grupo de trabalho descrito por Bion) e sociabilidade sincrética (nível de funcionamento mental inconsciente). O grupo tende a burocratizar-se como organização, não só por uma reiteração de modelos dos níveis de interação, mas, fundamentalmente, pela necessidade de manutenção da clivagem (ou separação) entre ambos os níveis, para se defender de ansiedades psicóticas.

As organizações têm essa mesma função de clivagem, acentua BLEGER (1991), e a questão fundamental é tomar conhecimento destes fenômenos grupais que se expressam principalmente através da interação sincrética. As emoções e desejos projetados na instituição seriam atualizadas no grupo terapêutico, constituindo transferência para a instituição, cujo continente é o psicoterapeuta. Este pode ser visto como representante desta instituição, ser identificado com ela, pode ser visto como diferente dela, ou expressar-se por outras formas de associação.

Longe de constituírem empecilhos à eficácia da psicoterapia analítica de grupo em instituições, todos estes fatos podem ser atentamente observados e trabalhados, incluindo-se dentro do processo terapêutico propriamente dito. A elucidação adequada da relação transferencial institucional atualizada no grupo terapêutico, especificamente na relação com o terapeuta, traz crescimento e desenvolvimento da personalidade de cada um dos membros do grupo (SUSEMIHL, 1989).

Todavia, o estudo dos problemas e especificidades do enquadre grupal psicanalítico em instituição abordados por BERNNARD (1992) e suas modificações (BERNNARD et al., 1996) auxiliam no entendimento dos aspectos transferenciais apontados por Bleger, e reposicionam a proposta fundamental:

“...o paciente, qualquer que seja, pertence à instituição, e os terapeutas são delegados por ela para fazer-se cargo do tratamento correspondente. A transferência se produz com a mesma instituição, onde há que se considerar um jogo muito complexo de inclusões, no qual entra o terapeuta, a equipe, etc., até chegar à instituição como totalidade”. (BERNNARD et al, 1996)

1.2. Adesões e Abandonos na Literatura

1.2.1 - Aspectos Conceituais

A inexistência de uma definição conceitual sobre adesão em psicoterapia analítica de grupo exige algumas considerações. Iniciando pelo significado do termo, o Novo Dicionário define adesão como o ato de *aderir; ligação; união* (FERREIRA, 1986).

O termo adesão pode ser compreendido aqui como a vinculação do paciente ao processo psicoterapêutico analítico de grupo. Implica, segundo Foulkes, num engastamento dinâmico do sujeito na matriz grupal, de acordo com o grau de valências de ligação de cada um para atuar nos pressupostos básicos de grupo, conforme Bion, ou ainda, implica na participação do sujeito na criação de um esquema conceitual referencial operativo-ECRO-, como pontua Pichón-Rivière.

O termo abandono refere-se a iniciativa do paciente de interromper prematuramente o tratamento psicoterápico.

Para AMARO (1972), o abandono significa uma expressão não verbal com sentido de afastamento. Esse afastamento, em um grupo analítico, pode ocorrer devido a vários fatores, sendo a atuação um deles. O indivíduo atua como solução imediata para diminuir tensões intoleráveis que devem estar relacionadas ao aumento intrapsíquico de angústias paranóides e depressivas.

A existência de um funcionamento mental regido pelos pressupostos básicos no grupo, conforme descrita por Bion, evidencia o conflito ambivalente existente entre a necessidade que o indivíduo tem de autonomia e o anseio por ser uma parte do grupo. A

ambivalência leva a uma aflição considerável e a esforços para excindir *do self* essa aflição, e localizá-la, pelo processo de projeção, em outro membro do grupo e em identificações projetivas provindas desse, quer fora do grupo, quer no terapeuta.

Na psicoterapia de grupo, as munições de realidade funcionam como provocações e receptáculos de identificações projetivas simultâneas dentro do grupo. Os objetos parciais ficam juntos dentro do *setting*, ameaçando a existência do ego individual e grupal pela integração perigosa (GRINBERG, et al, 1976).

Em outras palavras, o *setting* grupal provoca o ego do indivíduo a perceber as partes boas e más juntas. A relutância dos indivíduos num grupo em permitir que o bom e o mau sejam reunidos, por não estarem preparados, leva-os a desenvolver mecanismos de cisão esquizo-paranóide como defesa necessária contra a posição depressiva.

O atrito entre pacientes e os estresses experimentados por eles seriam os motivos que os levariam a abandonar prematuramente os grupos, principalmente na fase inicial do tratamento (YALOM, 1985).

A formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam fantasias, ansiedades, identificações e papéis, é inevitável quando as pessoas se reúnem. Em todo grupo ocorre uma interação afetiva de natureza múltipla e variada, consciente e inconsciente. A coexistência de duas forças contraditórias, uma tendente à coesão e outra à desintegração, estão permanentemente em jogo no grupo.

A coesão do grupo atua como elemento facilitador de adesões e está na proporção direta dos sentimentos de pertinência e de pertencença, que implica em ser reconhecido pelos outros como membro efetivo. A coesão depende também da capacidade de perder e absorver indivíduos. Isso significa que o grupo não morre ou desmorona se saírem ou entrarem membros.

Para YALOM (1985), a coesividade envolve uma identificação não apenas de uns com os outros e com o terapeuta, mas também com os objetivos e os valores do grupo. A coesão de grupo, ou o sentimento de pertencer, não proporciona em si uma cura, mas facilita a frequência, a estabilidade, a expressão e a exploração individuais, a integração de aspectos anteriormente inaceitáveis do *self*, o relacionamento profundo com outras pessoas

e a melhora da auto-estima.

Estas considerações visam apenas destacar as inúmeras variáveis que influenciam nas adesões e abandonos dos pacientes de uma situação grupal. Os conceitos de *vínculo* e de *fantasia inconsciente* permitem elucidar um pouco mais estas questões.

1.2.2- O Enfoque da Teoria dos Vínculos

Aderir a um grupo terapêutico implica em vincular-se. “Vínculo é a estrutura relacional entre duas ou mais pessoas ou partes da mesma pessoa. Pode ser intrasubjetivo, intersubjetivo ou transubjetivo e engloba a transferência e contratransferência” (FERNANDES, 1995).

Para PICHON-RIVIÈRE (1995), o termo “vínculo” refere-se tanto à interação do indivíduo com o mundo externo, como com o mundo interno. O uso da noção de vínculo é mais concreto do que o da relação de objeto, que representa apenas a estrutura interna do vínculo:

“(...) o vínculo é uma relação particular com o objeto, que inclui a conduta. O vínculo é uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, relacionado com motivações psicológicas, resultado em pautas de conduta que se expressam em dois campos psicológicos - o interno e o externo.(...) o conceito de vínculo é operacional, configura uma estrutura de relação que inclui um sujeito, um objeto, a relação do sujeito frente ao objeto e a relação do objeto frente ao sujeito, cumprindo os dois uma determinada função”.

Retomando o conceito kleiniano, PICHON-RIVIÈRE (1995) emprega o termo *grupo interno*, como correspondente ao *mundo interno*. Toda vida mental *inconsciente* se organiza no contexto dos personagens desse grupo interno, que mantém uma relação dialética com os do mundo externo. O autor diferencia a teoria das relações de objeto, vetor de mão única, da teoria do vínculo, que assinala relações múltiplas, vetor de mão dupla. É

um desenvolvimento psicossocial que torna compreensível a vida em grupo. Sendo assim, temos, então, vínculos individuais e grupais.

Para ZIMERMAN (1995), o conceito de vínculo abrange três planos das interrelações do indivíduo:

1) O plano **intrapessoal** refere-se a como os objetos internalizados se relacionam entre si e, da mesma forma, a como se vinculam mutuamente o consciente com o pré-consciente e inconsciente, os pensamentos com os sentimentos, a parte infantil com a adulta, etc.

2) O plano **interpessoal** dos vínculos diz respeito às diversas formas de como o indivíduo se relaciona com as demais pessoas de seus diversos grupos de convivência familiar, institucional e profissional.

3) A dimensão **transpessoal** alude às distintas modalidades de como os indivíduos e grupos se vinculam com as normas, leis e valores dos demais macrogrupos, assim como também se refere a quais são os tipos de papéis e funções que eles desempenham no contexto sócio-político-cultural no qual estão inseridos. Esta dimensão transpessoal é de natureza transcendental, pois ela se refere a vínculos e fantasias inconscientemente compartilhadas por todos os indivíduos e, portanto, abrange os mitos, lendas, folclore, narrativas bíblicas, etc.

Até Bion, a psicanálise girava em torno de dois vínculos fundamentais: o do Amor e o do Ódio, sendo que o enfoque do trabalho analítico priorizava o conflito resultante da oposição ambivalente entre estas duas pulsões e respectivas emoções. Bion postulou a existência do que ele veio a denominar como “vínculo do Conhecimento” e, a partir daí, houve uma mudança na concepção do eixo central do conflito psíquico, que passou a ser não tanto o amor versus o ódio, mas muito mais o fato de como o indivíduo se vincula com as verdades que estão contidas nas relações amorosas e agressivas, isto é, através de uma tomada de conhecimento ou de um desconhecimento (ZIMERMAN, 1995).

Um quarto vínculo, proposto por ZIMERMAN (1995), denominado Vínculo do Reconhecimento, parte da afirmativa de que toda criatura humana, desde que nasce até a morte, necessita, de forma vital, da comprovação de que é reconhecida pelas demais (tanto as de fora como as dos objetos que habitam o seu interior), como sendo alguém que é

valorizado, amado e respeitado e que existe como um ente que tem um espaço e uma identidade própria.

Na psicoterapia de grupo, alguns fatores podem facilitar a vinculação e o desenvolvimento. Existem fatores ligados ao terapeuta, ao grupo, e aos integrantes. O terapeuta age como facilitador do contato com o self através da interpretação; da devolução neutra ou ligeiramente modulada em amor. Atuam também os fatores ligados ao grupo: a permissão para falar, a vivência em comum do sofrimento; a instilação de esperança; a regressão; transferência; experiência emocional corretiva, etc. Há ainda os fatores ligados aos integrantes: esperança de ser ajudado; disposição para envolver-se emocionalmente com o grupo; desejo de livrar-se dos sintomas.(PEGUIN, 1991).

Pode-se apontar ainda um conjunto de fatores relacionados às condições do paciente e às condições do terapeuta que influenciam na adesão ou no abandono.

De acordo com CARDIOLI (1989), a lista de condições pessoais do paciente, que podem influenciar no aproveitamento em psicoterapia de orientação analítica, é extremamente ampla. Ele aponta como critérios relevantes, fáceis de serem avaliados clinicamente, os seguintes: sofrimento psíquico, motivação, capacidade para estabelecer *insight*, nível de adaptação prévia (força ou energia do ego e circunstâncias de vida que permitam iniciar e manter o tratamento durante um certo tempo).

Quanto ao grupoterapeuta, o fundamental refere-se às suas *attitudes*, que refletem como ele é como pessoa, sua capacidade de acolhimento, empatia, etc. As atitudes resultam da conjunção de uma série de fatores: conhecimentos e habilidades adquiridos em sua formação, o tipo básico da estrutura de personalidade de cada um, o grau de adiantamento de sua análise pessoal, a sua ideologia e código de valores, etc. Idealmente, o terapeuta deve gostar de grupos e acreditar nesta modalidade terapêutica (ZIMERMAN, 1993).

Voltando a atenção para a prática psicoterápica grupal em Instituições Públicas Ambulatoriais de Saúde Mental, focalizaremos as contribuições de autores que consideraram em seus relatos: a definição do instrumental grupoterápico de orientação analítica e as questões de adesões e abandonos nos grupos.

1.2.3 - Adesões e Abandonos nas Práticas Grupais em Instituições Ambulatoriais de Saúde Mental

NAVES et al. (1984) relatam a introdução de grupos de orientação psicanalítica em Ambulatórios de Saúde Mental de Campinas, SP. Os autores destacam que os casos de não aproveitamento e de desistências foram raros, em comparação com os pacientes que aderem e se beneficiam do grupo.

Os autores relatam os resultados: “melhora sintomática: os pacientes aprendem a lidar com a agressividade, a inveja, passam a somatizar menos e melhoram as relações sociais. Mudanças de vidas (...), o paciente se torna menos dependente e tem condições de alterar sua vida nos aspectos afetivo, familiar, profissional, etc.”. Concluem que as técnicas psicoterápicas grupais são viáveis em saúde pública “como um dos meios de proporcionar autoconsciência, liberdade interior e crescimento para muitos do nosso povo sofrido”.

A população menos privilegiada aceita normalmente a psicoterapia de grupo (NAVES, 1987). As resistências estão presentes nestas pessoas, do mesmo modo que em qualquer outro seguimento populacional.

Assumindo que o acesso financeiro, geográfico e cultural dos usuários à psicoterapia é difícil, NAVES (1987) propõe que, a partir do modelo que lhes é conhecido, o da consulta médica, precisam ser feitas algumas transições para se chegar à postura psicoterapêutica. Esta faixa da população, por fatores de natureza cultural, efetua essas transições mais lenta e arduamente. As transições que suscitam mais dificuldades são:

- do atendimento individual para o grupal;
- de uma postura diretiva para uma postura não diretiva;
- do concreto para o simbólico;
- do relato para a vivência emocional;
- do manifesto para o latente e o transferencial do aqui, agora e conosco.

GUIMARÃES (1988) descreveu a implantação sistemática do curso de “Grupos” na Residência Médica em Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade

Estadual de Campinas - UNICAMP, iniciado em 1984. Desde então, nas diversas experiências publicadas, visualiza-se o fortalecimento e a expansão teórico-prática da psicoterapia de grupo de orientação psicanalítica com tempo limitado.

A Psicoterapia Breve Grupal Dinâmica (GUIMARÃES, 1992) tem se revelado promissora no ensino, na pesquisa e na assistência. “Como modalidade terapêutica, tem permitido a pacientes de baixa renda e pouca escolaridade o direito de tratar de sua saúde mental. Os resultados assistenciais tem se revelado promissores para uma grande parcela dos assistidos, com manutenção de melhoras em follow ups de até 6 meses pós-término do tratamento”.

Indicando que continuam sendo empreendidos estudos investigatórios a respeito de adesões e abandonos de tratamento e do tipo de paciente que se beneficia mais com a proposta, GUIMARÃES (1992) aponta que a psicoterapia breve grupal dinâmica constitui-se em um instrumento psicoterapêutico indispensável aos profissionais que trabalham em saúde mental, nos níveis primários e secundários, que é onde se desenvolvem estas práticas.

FERNANDES (1985) observou alta taxa de faltas e de desistências nos primeiros dezoito meses de suas experiências de Psicoterapia Analítica de Grupo no Instituto de Psicologia e Saúde Mental da Faculdade de Santo Amaro. Enfatizou a validade desta prática na Instituição, expôs dúvidas quanto a se os pacientes estariam recebendo só apoio no grupo, ou se conseguiriam no futuro maior integração e elaboração das ansiedades profundas. Apontou como fatores de abandono:

- a- Insatisfação dos pacientes por não terem se livrado dos sintomas;
- b- Resistências;
- c- Impossibilidade do terapeuta compreendê-los;
- d- Dificuldades objetivas, como: doenças dos filhos e falta de dinheiro para condução;
- e- Falta de seleção, mau agrupamento, pouco esclarecimento sobre terapia grupal;
- f- Dificuldades de comunicação devido à grande diferença de nível cultural entre terapeuta e grupo.

Ao apresentar a síntese de sua experiência de três anos e meio com os grupos,

FERNANDES (1986) descreveu uma redução no índice de faltas e abandonos após ter adotado certas medidas, como: exigência, para que não perdessem a vaga, que não ultrapassassem uma falta por mês; maior tolerância do terapeuta com o fato de não curar os pacientes; passou a interpretar menos no grupo; manteve um mínimo de dois contatos prévios para esclarecimentos e não insistiu com pacientes relutantes a entrar nos grupos. Observou também a existência de algo mais que apoio nos grupos, algum crescimento e pequenas mudanças na vida dos participantes, tais como: certa diminuição de atritos nos relacionamentos, maior atenção a si mesmos e ao seu comportamento.

BEZERRA (1987), referindo-se aos resultados da avaliação de um projeto de implantação de psicoterapia de grupo num ambulatório do Rio de Janeiro, ressaltou o grande número de abandonos da psicoterapia. Problematizou questões da técnica de grupos de orientação psicanalítica tradicionais e levantou a necessidade de se pensar o que fazer com a população que tem dificuldades para acompanhar esses grupos.

Vale ressaltar que, conforme assinalado pelo próprio BEZERRA (1987), nas entrevistas feitas com terapeutas da instituição evidenciou-se uma miscelânea de opiniões acerca das indicações e finalidades do grupo, fato que nos leva a pensar nas advertências feitas por ZIMERMAN (1993): "Não é demais repetirmos que o fundamental é que o terapeuta tenha bem clara a resposta às seguintes questões: que espécies de mudanças ele pretende, que tipos de técnicas, aplicado para qual tipo de pacientes, por qual tipo de terapeuta e sob quais condições".

COSTA (1987) estudou as características de pacientes de ambulatórios públicos de saúde mental que se expressavam com "doença dos nervos". Argumentou através da dimensão psicológica e social subentendida na expressão doença dos nervos, que veicula um sofrimento emocional e não físico, vivenciado como anormalidade, justificando a utilização da psicoterapia para esta população.

As dificuldades de certos pacientes em aceitar o enquadramento proposto pela psicoterapia dual e a tese da psicoterapia de grupo como o instrumento adequado para o tratamento da clientela portadora dos traços culturais estudados são reafirmadas por COSTA (1989).

SACOMANI (1995), através de um levantamento estatístico realizado no Ambulatório de Saúde Mental da Faculdade Medicina de Marília, avaliou os seguintes resultados: 72% dos 117 pacientes encaminhados para grupo abandonaram o tratamento, e apenas 28% tiveram alta terapêutica. Constatou que 60% dos pacientes que abandonaram o grupo, o fizeram antes de 02 meses de tratamento e 83%, com menos de 4 meses. O autor considerou alto o índice de abandonos.

Dois aspectos causais do alto índice de abandonos nos grupos foram descritos por SACOMANI (1995):

- escassez de tempo dos profissionais de saúde mental para o atendimento de seus pacientes; dificuldades no manejo técnico para transformar esta situação em uma atitude terapêutica; terapeutas inexperientes em grupoterapia, ou mesmo, terapeutas que não tiveram, minimamente, uma experiência pessoal com grupos;
- dificuldades técnicas do terapeuta em conter o que Bion denominava de “normal regressão psicótica”, característica de um grupo que se inicia. Conclui:

“o início de um grupo com pacientes que estabeleceram pouco vínculo com o terapeuta, e este com pouca experiência para manejar as situações emergentes, torna-se um processo facilitador para os abandonos em grupoterapia”.

A concentração de abandonos no início do tratamento foi observada também em trabalhos de clínica privada.

GROTJAHN (1983) registrou um estudo com 43 desistências, num total de 122 pacientes atendidos em seus grupos. As causas do abandono foram descritas através de cinco categorias de pacientes estudados:

- Motivação insuficiente - a mais numerosa categoria de pessoas (treze) que parou o tratamento muito cedo foi classificada como insuficientemente motivada para a tensão que se espera da experiência de grupo adiantada. A maioria desses desistentes eram pessoas para quem a terapia de grupo era uma espécie de tratamento interventor em uma crise. Ela ajudava-os a resolver seus sintomas presentes e depois que a emergência era

aliviada, e, antes que eles se tornassem membros de qualquer grupo, saiam.

- **Contra-indicações para Tratamento de Grupo Adicional** - Onze pacientes descontinuaram o tratamento por causa de ameaça de ruptura psicótica ou de ruptura psicótica manifesta. Dois tiveram de ser encaminhados a outro tratamento por causa do alcoolismo intratável. Outros quatro sofriam de depressão, eram suicidas e necessitaram de internação.
- **Medo de Confrontação Mais Profunda** - Todas as pessoas desta categoria vieram ao grupo por causa de conflitos em seus casamentos. Durante o tratamento eles perceberam cada vez mais que o divórcio era inevitável e não podiam ou não queriam encarar essa possibilidade.
- **Circunstâncias Externas** - Pessoas que mudaram de cidade ou Estado, durante o tratamento.
- **Transferência Negativa Intensiva e Reação de Contratransferência Negativa Correspondente** - classifica-se aqui aqueles pacientes propensos a atuações (acting out), reações de intensa hostilidade, intolerância e evitação de confrontos terapêuticos.

OSÓRIO (1995) verificou 75 abandonos num total de 180 pacientes estudados, num período de 25 anos de prática da psicoterapia analítica de grupo em consultório.

No estudo de OSÓRIO (1995), 75% dos abandonos ocorreram na faixa etária adolescente e mais de 90% foram nos primeiros 10 anos de sua experiência como grupoterapeuta. O autor inferiu como causas que influíram nos resultados obtidos, a inexperiência profissional e questões relativas à seleção e agrupamento, que obedeciam predominantemente ao critério contratransferencial e à avaliação da grupalidade.

Os procedimentos técnicos que devem ser adotados para reduzir a taxa de abandonos nos grupos - ou para fortalecer adesões - foram apontadas por diversos autores estudados.

Para NAVES (1987), as dificuldades de adesão à psicoterapia analítica de grupo podem ser minimizadas realizando-se de três a quatro entrevistas prévias, sendo que, a partir da segunda, vai se introduzindo o clima da psicoterapia. Isto implica um trabalho terapêutico nas “transições” já descritas anteriormente.

FERNANDES (1984) considera como fatores importantes: a postura de tolerância às próprias limitações e às limitações dos participantes e do grupo, por parte do terapeuta, a avaliação do interesse do paciente em participar do grupo e também a adoção de medidas práticas (estabelecer regras para o número de faltas, esclarecer os pacientes em entrevistas prévias, etc.).

GROTJAHN (1983) ressalta que um período de preparação individual é especialmente indicado para pessoas isoladas e sensitivas, que necessitam desenvolver um relacionamento mais estreito com a figura central antes que se possa esperar que formem uma relação trabalhável com o grupo.

Para VINOGRADOV & YALOM (1989), a taxa de desistências no grupo é reduzida através de vigorosa preparação pré-terapia.

Segundo OSÓRIO (1995), o critério contratransferencial e a avaliação da "grupalidade" (termo utilizado em analogia à "analisabilidade") do paciente são os elementos mais relevantes para uma adequada indicação da grupoterapia analítica e, conseqüentemente, para melhores resultados psicoterápicos.

SACOMANI (1995) sugere que não se inicie um grupo antes que o terapeuta tenha desenvolvido um vínculo afetivo - que se espera positivo, de confiança, esperança, etc. - com seus pacientes. Considera que não há garantia de que este processo resulte em sucesso para o grupo, mas poderá minimizar os abandonos, já que, diante de situações difíceis, angustiantes e desagregadoras pelas quais passa um grupo, haverá ao menos um vínculo terapeuta-paciente capaz de funcionar como agregador.

Muitos fatores de adesões e de abandonos observados pelos autores acima citados foram discutidos por AMARO (1972). Ele enfatizou que os critérios de seleção são de capital importância na grupoterapia e apontou a importância da questão contratransferencial, de um contrato terapêutico bem definido, do estabelecimento de vínculos terapeuta-paciente na fase pré-grupo, e da motivação individual do paciente para psicoterapia de grupo, entre outros fatores.

De acordo com os resultados obtidos em sua pesquisa através do método comparativo (grupo experimental e grupo de controle), AMARO (1972) observou que os

pacientes submetidos à psicoterapia individual anterior com o mesmo terapeuta por mais de 6 meses de duração apresentaram um índice de abandono nulo, concluindo que "...as ligações binárias (vínculo terapeuta-paciente) obtidas através da psicoterapia individual (quer anterior quer concomitantemente à psicoterapia de grupo) e com o mesmo terapeuta, favorecem o fortalecimento do vínculo terapêutico, possibilitando ao paciente suportar melhor os níveis oscilantes de angústias paranóides e depressivas da situação grupal".

VINOGRADOV & YALOM (1989) apontaram que as desistências são ameaçadoras à estabilidade do grupo por várias razões: (1) drenam tempo e energia, à medida que terapeutas e membros tentam evitar os desligamentos; (2) impedem o desenvolvimento da coesão, ameaçando a estabilidade do grupo; (3) desistências, implicitamente (às vezes, explicitamente), desvalorizam o grupo. As desistências são ameaçadoras também para o terapeuta, especialmente o neófito, e este pode involuntariamente se tornar lisonjeador ou sedutor, num esforço para segurar um paciente no grupo, atitude que pode se tornar antiterapêutica. Os autores sugerem que

"Quando um paciente está fortemente convencido a abandonar o grupo, ou quando um grupo se tornou desintegrado pelo comportamento de uma desistência potencial, apesar das tentativas do terapeuta em ajudar o paciente a participar do grupo, o líder deve ajudar o paciente a sair do grupo rápida e decisivamente. A responsabilidade do terapeuta é com o grupo como um todo, e, embora possa indicar os desistentes a outra forma de tratamento, a sua tarefa mais importante é ajudar os remanescentes sentirem que o grupo é uma fonte estável de suporte e terapia. Os terapeutas realizam isto colocando gentilmente o desligamento no contexto, e proporcionando o término do evento, geralmente fazendo com que o desistente passe parte de sua última sessão dizendo adeus ao grupo".

1.2.4- Adesões e Abandonos nas demais Práticas Psicoterápicas

No Brasil não se tem conhecimento de que exista um índice nacional médio de adesões e de abandonos de tratamento psicoterápico, quer seja na modalidade individual ou grupal. A maior parte das pesquisas publicadas sobre o assunto foram realizadas em clínicas universitárias e referem-se à modalidade individual de atendimento psicoterápico, o que nos levou a acrescentar este sub-item.

REGO (1989) resumiu pesquisas sobre abandonos do tratamento psicoterápico, realizadas em clínicas universitárias do Brasil, mostrando índices de até 78,18% de abandonos de tratamento. As causas apontadas foram:

- Dificuldades Internas do Paciente: déficit de inteligência ou dificuldades para abstração; expectativa incoerente com a realidade da terapia oferecida; resistência à análise; falta de motivação do paciente; tipo de patologia.
- Dificuldades Externas do Paciente: influências de pessoas estranhas ao tratamento; problemas sócio-econômico e mudanças de domicílio.
- Dificuldades Internas do Terapeuta: refere-se àquelas relacionadas à sua inexperiência profissional.
- Dificuldades na Relação Terapeuta-Paciente: este aspecto é bastante citado por terapeutas, teóricos e pesquisadores de psicologia, como uma das variantes que influenciam na continuidade ou na interrupção prematura da psicoterapia pelo paciente.

Em sua própria pesquisa, empreendida junto a ex-pacientes adultos do Centro de Orientação Psicológica e Clínica de Goiás, REGO (1989) concluiu que os motivos de abandono precoce da psicoterapia são de natureza multivariada, tendo em vista que tanto o paciente quanto o psicoterapeuta, bem como a relação psicoterapeuta-paciente e as condições da Clínica estudada, contribuíram, conjugadamente, para determiná-lo. O autor demonstra que 44,9% das ocorrências precipitadoras de abandono precoce da psicoterapia foram ocasionadas por parte do paciente; 4,3% determinadas pelo psicoterapeuta; 44,9% provocadas pela relação terapeuta-paciente, e apenas 5,9% dos abandonos foram desencadeados em consequência de fatores que dizem respeito à Instituição.

Segundo HAEITMANN (1992), a prática de atendimento psicoterápico dos pacientes que frequentam os Ambulatórios Públicos de Saúde Mental suscita uma série de problematizações acerca das teorias e técnicas empregadas, das características dos pacientes e dos terapeutas, das implicações das diferenças existentes entre terapeutas e pacientes, da possível adequação do instrumental psicoterápico e das características das instituições que abarcam as ações psicoterápicas.

As altas taxas de abandono de tratamento, cujos índices variam entre 30 a 70% nas pesquisas abordadas por HAEITMANN (1992), indicam como causas do abandono: características psicológicas da população atendida; inadaptação do instrumental psicoterápico; dificuldades sócio-econômicas dos pacientes para comparecimento às sessões, diferenças culturais entre terapeutas e pacientes, falhas na formação dos terapeutas, etc.

Considerando os resultados destes diferentes estudos sobre os inúmeros fatores que influenciam nas adesões e abandonos de pacientes em grupoterapia e nas psicoterapias em Instituição, passamos a indagar: o que diriam os pacientes sobre suas próprias motivações para a continuidade ou a interrupção da psicoterapia de grupo?

A ênfase atribuída às características particulares da população usuária da saúde pública como óbice à sua vinculação à psicoterapia, nestes estudos, suscita indagações: que variáveis poderiam melhor descrever as características dos pacientes que aderem e daqueles que abandonam a grupoterapia?

NEME (1980) ressaltou que uma das consequências do fenômeno do abandono é que, por não se ter o hábito de entrevistar diretamente o terminador prematuro, geralmente se considera o abandono como uma responsabilidade daquele.

A partir do exposto, propomo-nos a examinar a inserção da grupoterapia analítica no espaço institucional da Rede Básica de Saúde de Campinas, para aproximarmos da investigação dos fatores de adesões e abandonos nos grupos.

1.3. O Contexto da Pesquisa: Saúde Mental e Grupos Terapêuticos em Unidades Básicas de Saúde

1.3.1 - A Inserção da Saúde Mental na Rede Básica de Saúde de Campinas

A inserção da Saúde Mental e das práticas psicoterápicas em Unidades Básicas de Saúde, processo iniciado em Campinas na década de 80, é decorrente das transformações ocorridas nas últimas décadas nas políticas de saúde de maneira geral e da saúde mental em particular.

A forma como foram contempladas as abordagens psicoterápicas pelas políticas da saúde pública, como um todo, e de Saúde Mental, em específico, entre o período de 1981 a 1991, é analisada por HAEITMAN (1992), que aponta:

“(...) não se concebe a prática psicoterápica em serviços públicos ambulatoriais como isolada, mas sim marcada pela história do atendimento público à saúde, pela dicotomia entre a saúde pública e previdenciária, pela política implementada de contratação de serviços privados, pela prática de atendimento regida pelo mercado, pelo atendimento à doença mental predominantemente asilar e psicofarmacológico, pelas várias mudanças de programas e pela escassez de investimentos na área de saúde pública”.

Em Campinas, a Atenção em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde faz parte do modelo da Secretaria de Saúde Municipal, baseado em princípios de descentralização, regionalização e hierarquização. Segue as prioridades da reforma psiquiátrica no Brasil: desospitalização, desinstitucionalização e resgate dos direitos de cidadania do doente mental.

O modelo foi concebido de forma a se tornar acessível ao usuário, em primeira instância, na unidade de saúde mais próxima de sua residência; prevê o tratamento do sofrimento psíquico num contexto de Saúde Integral e conta com a retaguarda de

equipamentos intermediários e hospitalares.

Os recursos atualmente disponíveis pelo sistema de Atenção em Saúde Mental Municipal (1995) são: equipes de saúde mental alocadas em vinte e um Centros de Saúde; dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), com: Hospital-Dia, setor de Internação de Agudos, e Núcleo de Oficinas de Trabalho; Centro de Vivência Infantil e Psicopedagogia. Conta ainda com os serviços de referência para urgências: Pronto-Socorro do HMCP/PUCC e Pronto-Socorro do HC/UNICAMP.

Neste modelo, a equipe de Saúde Mental nos Centros de Saúde ocupa um papel central no conjunto de ações desta área. Realiza atendimento universal, é responsável pela primeira consulta e pelo eventual encaminhamento para os serviços de referência. Os Centros de Saúde com psiquiatria podem, inclusive, efetuar internações de seus usuários, via central de vagas.

O processo de implantação do modelo de funcionamento da Saúde Mental nas Unidades Básicas de Campinas, na década de 80, utilizou referenciais da *Proposta de Trabalho Para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental*, publicada pela Coordenadoria de Saúde Mental (CSM) do Estado de São Paulo, em outubro de 1983.

Unidades Básicas foram consideradas como aquelas unidades de saúde geral que realizam ações de atenção primária, unindo profilaxia e tratamento e onde a equipe de saúde mental deveria se integrar com os profissionais de outras áreas clínicas.

O documento (1983) concebeu a criação de “espaços terapêuticos” de contenção do sofrimento emocional na Unidade, recomendou o trabalho em equipe multiprofissional, propôs a aplicação de procedimentos psicoterápicos, considerando o caráter promocional e de desenvolvimento de personalidade das psicoterapias. O trabalho grupal foi preferencialmente indicado, tanto pela eficácia terapêutica como pela possibilidade de atender um número maior de pessoas.

Características do funcionamento atual deste sistema podem ser visualizadas no relato de Documentos Oficiais (1991, 1993, 1994, 1995, 1997), elaborados a partir de Encontros e

Seminários dos profissionais de saúde mental da rede e de estudos da Assessoria Técnica de Saúde Mental Municipal.

Sobre as ações de Saúde Mental nos Centros de Saúde, problematiza-se:

- o fato de sua delimitação e escolha das modalidades de atenção realizadas se darem segundo as habilidades de cada profissional, e não segundo diretrizes estabelecidas racionalmente;
- a preferência pelo atendimento individual, em detrimento do atendimento grupal;
- o atendimento a pequeno número de psicóticos, se comparado ao de neuróticos;
- o atendimento de pequena parcela da demanda potencial.

Aponta o Documento (1994) que esses problemas indicam fundamentalmente a inexistência de um projeto local de atendimento, em torno do qual o trabalho de equipe deveria estar estruturado. Ressalta que a fixação do profissional à unidade depende também, entre outros fatores, de seu envolvimento na elaboração desse projeto, e de sua adesão aos resultados finais desse processo.

Propõe, como medidas saneadoras desses problemas: a obtenção de dados sobre Morbidade psiquiátrica, que fundamentem o planejamento das ações; definir instrumentos de avaliação de serviços e de resultados dos tratamentos realizados (inclusive padronizando-se os instrumentos de registros de informações em prontuário); estabelecer um Sistema Integrado de Informações para a área, especialmente no que diz respeito ao recrutamento ativo, pelo Centro de Saúde, de egressos de hospitais psiquiátricos.

Estabelece que os critérios para a determinação de prioridades das ações deve pautar-se pela confluência dos seguintes fatores inter-relacionados: prevalência, risco e faixa etária, considerando que:

- a grande prevalência dos chamados transtornos psiquiátricos menores (distúrbios depressivo-ansiosos, neuroses leves ou moderadas) ou dos encaminhamentos à Saúde Mental de crianças com dificuldades escolares justificam a intervenção da equipe nestes problemas;
- a demanda de psicóticos, neuróticos graves, alcoolistas e drogadictos, embora menos

prevalente, pelo tanto que comprometem o funcionamento social, risco de internação psiquiátrica, etc., constitui-se na clientela que requer ações mais específicas e intensivas, por parte da equipe de Saúde Mental.

A descrição das modalidades de atenção apresentadas no Documento Oficial (1994) refere-se a:

- Atendimento individual: terapêutica medicamentosa, psicoterapia ou orientação de pacientes e familiares.
- Atendimento em Grupo: grupo de terapia verbal, não verbal (grupo de atividades, de expressão), grupos operativos, ressaltando a importância de se definir claramente os objetivos do grupo, a clientela a que se destina, o enquadre, as técnicas utilizadas, a sua duração.

A priorização do trabalho em grupo nos Centros de Saúde é enfatizada pelos Documentos em questão, apontando ser “um modo de atenção comprovadamente eficaz, especialmente para certos pacientes em que o atendimento individual pouco tem a oferecer, em determinadas fases do tratamento ou condições clínicas (por exemplo, psicóticos com quadros residuais, dependentes de benzodiazepínicos, alcoolistas) e por ampliar a capacidade de atendimento à demanda”. E por ser, o uso da modalidade grupal, cada vez mais frequente e indicado na Saúde em geral.

Quanto às equipes de Saúde Mental no Centro de Saúde, reconhece-se que elas não chegaram a se formar, ou não se mantiveram por tempo suficiente, em algumas unidades. Em muitos casos, a pretensa “equipe mínima” (cuja noção vem sendo repensada) ficou reduzida à simples presença de um único profissional.

Conforme o Documento (1994), é desejável que todos os membros da equipe estejam capacitados para dar o primeiro atendimento aos pacientes, colhendo dados essenciais, formulando hipóteses diagnósticas e o plano terapêutico adequado. Ressalta como essencial para o bom funcionamento da equipe que ela trabalhe de forma integrada, que realize atividades conjuntas entre os profissionais e reúna-se organizada e sistematicamente para discutir casos e questões operacionais. Considera desejável uma rotina de reuniões ou contatos periódicos com os coordenadores das unidades e demais

membros das equipes.

Já em 1995, entra em vigor o Sistema de Vigilância em Saúde Mental, com funcionamento integrado ao Sistema de Vigilância à Saúde. Consiste na notificação de todos os casos novos atendidos pelos profissionais de Saúde Mental. Tem por objetivos caracterizar a clientela atendida e, a partir disso, planejar ações terapêuticas a nível local, regional e municipal e avaliar e priorizar as ações. Este Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) conta com a adesão de grande parte das Unidades de Saúde (Documento Oficial, 1995).

É importante ressaltar que a Assessoria Técnica em Saúde Mental tem promovido treinamento no uso da CID-10 para todos os profissionais de saúde mental das unidades, visando melhorar a confiabilidade do diagnóstico.

De acordo com Documento Oficial mais recente, de 1997, o Seminário de Saúde Mental realizado pela Secretaria de Saúde Municipal de Campinas em março de 1997 apontou para a efetivação da Promoção de Saúde Mental na Rede Básica, reiterando as diretrizes operacionais no sentido de: 1º.) Garantir que a Rede Básica seja de fato a porta de entrada dentro do Sistema; 2º.) Garantir, nesta ordem de prioridade, o atendimento de: egresso, psicótico, alcoolista, drogadicto, neurótico, criança.

1.3.2 - Ilustração do Funcionamento da Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde

O modelo de funcionamento da Saúde Mental nas vinte e uma Unidades, localizadas na sua maior parte em bairros periféricos da cidade, está sujeito a variações, de acordo com a realidade local, recursos humanos e materiais disponíveis, com sua localização geográfica, características populacionais, com a maior ou menor integração da equipe, seu preparo técnico, seu projeto local, etc.

Pode-se ilustrar o funcionamento da Saúde Mental em Unidade Básica através de uma rápida descrição do modelo adotado no Centro de Saúde de Barão Geraldo, contexto onde se originou a pesquisa. Assim como as demais, esta Unidade oferece atendimento nas

áreas de Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Odontologia, Enfermagem e Saúde Mental.

1.3.2.1- O Trabalho em Equipe

A equipe de Saúde Mental na Unidade de Barão Geraldo é composta por um psiquiatra e um psicólogo em período de 20 horas semanais cada um, por um assistente social em regime de 40 horas semanais e por um terapeuta ocupacional num período de 12 horas semanais. Atende à demanda espontânea ou encaminhada por outras áreas médicas da Unidade ou por outras instituições, oferecendo atendimento psiquiátrico e psicoterápico a crianças, adolescentes e adultos.

O trabalho em equipe não é estático, nem compartimentado. Busca-se articular as ações desenvolvidas, que têm como alvo o paciente. A busca de articulação interdisciplinar, não só entre os profissionais de Saúde Mental, mas com toda a equipe da Unidade, é um fator importante para a realização das ações em saúde mental.

Na relação equipe versus usuário, há funções comuns a todos os profissionais da saúde mental, como: a triagem, ou primeiro atendimento de casos novos; a discussão clínica semanal da equipe e o planejamento de atividades conjuntas; visitas domiciliares a egressos e psicóticos, etc. Há também as atividades específicas de cada profissional nos programas existentes: acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso a cargo do psiquiatra, atendimento psicoterápico infantil sob a responsabilidade da psicóloga e o de adultos a cargo da assistente social especializada em psicoterapia de grupo, assim como as atividades específicas da terapeuta ocupacional, etc.

A justificativa fundamental da interdisciplinaridade é a busca do reconhecimento do homem (hígido ou enfermo) com sua totalidade. A oportunidade de indicação de diferentes procedimentos e a estratégia de articulação entre eles constituem a tarefa básica das equipes interdisciplinares em geral e daquelas que atuam na área de saúde mental em particular. O trabalho em equipe não prescinde dos procedimentos centrados no modelo bi-pessoal (BETTARELLO, 1996).

As reuniões semanais da equipe de Saúde Mental têm sido muito úteis, inclusive para

se discutir as dúvidas quanto à classificação diagnóstica. As discussões sistemáticas de casos clínicos, além de uma a conduta terapêutica mais integrada, propiciam também reflexões enriquecedoras sobre a prática de cada um na equipe. Conflitos existem, porém, a capacidade de reflexão ajuda-nos a examinar as situações de conflito e de dificuldades de integração que surgem em nosso trabalho.

A este propósito, faz muito sentido a observação de BETTARELLO (1996) de que, ao longo de sua história, a equipe, mediante reflexões e teorizações sistemáticas a respeito de sua própria prática, produz um precipitado de conhecimentos que constitui o esquema referencial básico do grupo. Quanto mais consistente esse esquema referencial, maior a coerência na articulação dos diferentes procedimentos realizados pelos diversos profissionais da equipe e melhor os resultados obtidos frente a uma situação clínica concreta.

Pode-se apontar como limites mais consistentes nas ações de saúde mental o fato de se limitar praticamente ao trabalho intra-muros. Algumas incursões na comunidade, na forma de visitas domiciliares, fazem parte do programa de "busca ativa" de pacientes egressos. Realizam-se atendimentos domiciliares de psicóticos em crise aguda. Tentativas de trabalhos continuados com familiares de psicóticos e alcoolistas já foram feitas, mas, carecem de maior frequência e sistematização.

Portanto, o alcance à população preconizada como a de maior prioridade de atendimento, que são os egressos, portadores de quadros psicóticos, alcoolistas e drogadictos, encontra maiores dificuldades e limites, se comparado à prevalência dos distúrbios afetivos, neuróticos e somatoformes³. Estas questões são examinadas com frequência pela equipe. Por outro lado, reconhece-se a importância do caráter curativo e preventivo implícito nos diversos tipos de abordagens desenvolvidas pela Saúde Mental na Unidade. Segundo BAULEO (1988), a organização de Serviços se entrelaça e deveria ser, em parte, uma forma de realização da prevenção.

Quanto à relação da equipe de saúde mental com os demais profissionais da equipe do Centro de Saúde, destacam-se as funções de inter-consultas, encaminhamentos, reuniões mensais, e, mais expressivamente, trabalhos grupais em co-coordenação. Evidentemente, as

³ 37% dos casos novos atendidos pela Saúde Mental em 1995, pertence ao Grupo de Agravos I: Neuroses, Somatizações, Transtornos de Ajustamento. Fonte: SMS/DID/Coord. de Epidemiologia. Campinas, 1995.

articulações inter-profissionais e os trabalhos em conjunto têm limites, não abrange a todos e sim àqueles profissionais que se dispõem a experimentar o novo.

Focalizando exclusivamente o atendimento de adultos, descreve-se procedimentos iniciais da Saúde Mental, posto que nestes contatos já se inicia um processo de indicação e seleção de pacientes para os grupos

1.3.2.2 - A Triagem e os Primeiros atendimentos de Adultos

A triagem constitui-se no primeiro atendimento ao paciente, é efetuada por qualquer um dos profissionais da equipe, geralmente com agendamento da recepção. Há disponibilidade para pronto-atendimento e dispõe-se de quarenta minutos para este contato, que não tem finalidade classificatória, mas sim de acolhimento, escuta terapêutica, exame das queixas, dados clínicos, sociais, etc. É um momento importante em termos de compreender que tipo de ajuda está sendo solicitada e qual é a intervenção mais adequada.

De acordo com as funções da triagem, recomenda-se a definição de hipótese diagnóstica de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e conduta, ou plano terapêutico, havendo liberdade ao profissional para efetuar-lo a partir de uma ou mais entrevistas com o paciente (e familiares, se for o caso).

Quanto à técnica empregada na triagem, considera-se que o fator mais importante neste primeiro atendimento é o emprego da entrevista como um instrumento do método clínico. As noções do papel do profissional como observador participante, sua postura flexível na investigação durante a entrevista e a criação de um campo “natural” de expressão de fenômenos psicológicos, conforme BLEGER (1991) são fundamentais para o estabelecimento de um *setting* adequado.

A definição de *condutas e programas* terapêuticos na Unidade baseiam-se nas informações dos entrevistados, na capacidade de *escuta terapêutica*, formas de apreensão do entrevistador quanto aos problemas e necessidades manifestados pelo paciente, no uso de critérios adequados de avaliação e enquadramento nos programas. Criar programas adequados às necessidades dos pacientes e evitar estereotípias de modelos tem sido uma preocupação constante em nosso trabalho.

Esta postura implica em considerar a diversidade existente na população usuária da Saúde Mental na Unidade, não só por atender a pessoas das várias faixas etárias - crianças, adolescentes e adultos - mas por apresentarem diferentes níveis: de escolaridade, de condições sócio-econômica-cultural e diferentes formas de respostas aos próprios sofrimentos.

1.3.2.3- Características da População Atendida

Nesta Unidade, de acordo com estimativas gerenciais, cerca de 60% da população de abrangência da Unidade - um total de 33 mil pessoas, aproximadamente - é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), e é composta de pessoas das classes sócio-econômicas menos favorecidas, sem as mínimas condições de arcar com despesas de tratamento da saúde.

Parte dos assistidos pela Saúde Mental, residentes em bairros da região, nem sempre tem condições para o comparecimento regular ao tratamento, por dificuldades financeiras com gastos de transporte. Outros, por vezes apresentam dificuldades em conciliar horários no trabalho de forma a participar efetivamente de programas de tratamento mais prolongado. Uma porcentagem menor da população usuária da Saúde Mental da Unidade é constituída por pessoas de classe média, que optam pela saúde pública por motivos diversos: maior facilidade de acesso, limitações financeiras, por não ter planos de saúde, etc.

A clientela atendida para avaliação diagnóstica ou para tratamento de aspectos mentais e/ou emocionais é constituída por um fluxo de pacientes encaminhados por profissionais da unidade, de outras instituições, por pessoas que procuram o serviço espontaneamente e indicados por outros pacientes. Os problemas ou queixas principais apresentados variam desde queixas vagas e genéricas, que incluem "dificuldades em relacionar-se com outras pessoas", quer na família, trabalho, etc., a casos de transtornos afetivos mais graves, quadros de ansiedade aguda, que exigem encaminhamento para avaliação psiquiátrica, geralmente com intervenção medicamentosa, além do acompanhamento psicoterápico.

Frequentemente apresentam desconhecimento quanto aos objetivos do

encaminhamento médico à Saúde Mental e pouco ou nenhuma noção sobre o que, como, e para que serve o tratamento psicoterápico. Outra característica acentuada na população assistida é a presença de problemática psicossocial em muitos casos atendidos.

Evidentemente, a maneira como cada pessoa percebe e reage aos seus problemas, as diferentes respostas que dão aos seus sofrimentos, são fatores presentes na população atendida na Unidade, assim como em qualquer outro seguimento populacional.

1.3.2.4 - Intervenções - O trabalho com grupos

Cabe aos profissionais de Saúde Mental o acolhimento, a atenção às prioridades de cada caso, nas diversas etapas de investigação e intervenção junto aos usuários dos serviços de Saúde Mental.

Uma função primordial do terapeuta reside na sua capacidade de traduzir (de forma que faça sentido para o paciente) as queixas vagas em linguagem objetiva. Disto depende também um enquadramento adequado nos diversos programas.

Frequentemente, a queixa principal não é absolutamente o problema real; a pessoa que se queixa de depressão e ansiedade crônicas, por exemplo, na verdade mostra muita raiva encoberta e um comportamento passivo-agressivo (VINOGRADOV & YALOM, 1989).

Assim, buscando-se atender a população usuária de forma mais ampla e adequada possível nas suas necessidades de saúde, além do atendimento individual foram criados programas de abordagens grupais diversificados em seus objetivos, estrutura e manejo técnico.

Os chamados “grupos específicos” referem-se às abordagens grupais originadas do reconhecimento de demandas específicas da população atendida e têm um caráter *preventivo*. São os grupos de acompanhamento de pais de crianças em ludoterapia; grupos de adolescentes; grupos de familiares de alcoolistas.

Um dos critérios utilizados na formação dos “grupos específicos” é a homogeneidade, seja de faixa etária, de patologia ou de determinado tipo de necessidade que

dá origem à abordagem grupal. Incluem-se aqui o grupo de egressos (mais conhecido como “grupo de psicóticos”), e o grupo de pessoas alcoolistas. O objetivo é a promoção de saúde mental e as intervenções técnicas são predominantemente de cunho operativo ou psicopedagógicas, de acordo com o tipo de grupo e seus objetivos.

O grupo de egressos, por exemplo, atendidos em co-terapia, faz parte de um programa específico do atendimento a pacientes egressos, que inclui atividades junto a familiares, passeios, e contatos com recursos da comunidade sempre que necessário.

Ocorrem experiências de parceria com profissionais de outras áreas médicas e/ou enfermagem da Unidade, no trabalho com grupos de auto-ajuda, composto por pessoas portadoras de uma mesma categoria de necessidades (diabéticos, hipertensos, gestantes, etc.), cujos objetivos são os cuidados primários em saúde. A participação de profissionais de Saúde Mental nestas abordagens é por vezes direta e em outras ocasiões em forma de algum tipo de assessoria.

Os grupos de **psicoterapia de base analítica** destinam-se a pacientes adultos, de ambos os sexos, que procuram espontaneamente ou são encaminhados para avaliação diagnóstica e/ou para tratamento de aspectos mentais ou emocionais.

Estes grupos objetivam propiciar aos pacientes um melhor entendimento de suas motivações inconscientes (psicodinâmicas). Além deste, pode-se apontar um conjunto de objetivos implícitos na constituição de grupos de finalidade psicoterápica. Dentre os objetivos, destacam-se os seguintes:

- a) Prestar assistência voltada para a Promoção da Saúde.
- b) Propiciar aos participantes, espaço para dialogarem e refletirem acerca de suas dificuldades intra, inter e trans subjetivas.
- c) Oferecer espaços de continência às ansiedades paranóides e depressivas dos pacientes, procurando proporcionar-lhes melhor entendimento desses fenômenos e processos.
- d) Propiciar experiências no aqui-agora-conosco da vivência grupal, procurando estimular processos de desenvolvimento da capacidade de simbolização e integração corpo-mente-

ambiente.

e) Oferecer oportunidades aos pacientes, para manifestação e elaboração de conflitos internos e para lidar com relações interpessoais.

f) Propiciar condições para: atendimento psicoterápico a um maior número de pacientes (deselitização da análise, desidealização da terapia baseada na relação bi-pessoal).

Os grupos são atendidos semanalmente, as sessões duram em torno de setenta e cinco minutos. Procura-se trabalhar com um limite mínimo de três e máximo de dez pessoas. São grupos heterogêneos quanto às características de idade, sexo, profissão, escolaridade e nível sócio-econômico-cultural. Há um predomínio do sexo feminino e de pessoas de classe sócio-econômica-cultural menos favorecida.

Tratam-se de grupos abertos, que possuem como característica flutuações no número de participantes, com saídas e ingressos de novos membros durante o seu andamento, já que os grupos não tem previsão de término.

O processo de seleção consiste na realização de duas ou mais entrevistas individuais com todos os pacientes, procurando observar: condições clínicas, motivação para o tratamento psicoterápico, condições objetivas de comparecimento semanal ao grupo. Observa-se ainda nos critérios de seleção: a existência de sofrimento psíquico ou emocional; disponibilidade, acessibilidade para o trabalho psicoterápico; habilidade, ainda que incipiente, para reconhecer que os sintomas são de natureza psicológica; motivação para mudança e as contra-indicações: tentativas sérias de suicídio e quadro depressivo grave.

Evita-se incluir psicóticos e alcoolistas, os quais são atendidos em grupos específicos. Eventualmente, tenta-se incluir *um* paciente *borderline* em determinado grupo de neuróticos, observando-se o momento evolutivo, as condições de integração e de suporte do grupo, estudando-se cuidadosamente a viabilidade de tal procedimento.

São observadas as regras básicas quanto ao *setting* grupal: constância de horário, local, sigilo do grupo e ausência de laços anteriores entre os participantes.

Considera-se fundamental a atitude de *acolhimento* e duas regras básicas: abstinência e livre discussão de idéias. O inter-relacionamento destas duas regras, isto é, proibir outros

contatos e liberar a comunicação verbal, facilita a vivência de processos regressivos. Outras regras que orientam a conduta do terapeuta nestes grupos são: atenção flutuante, acolhimento, neutralidade (não diretivo quanto ao conteúdo, forma e estilo das discussões do grupo).

Procura-se trabalhar com um nível médio de ansiedade grupal. A experiência já nos mostrou que, sem frustrações e ansiedades não se forma uma dinâmica grupal mais profunda; por outro lado, uma ansiedade excessiva pode ser a causa de abandonos.

Alguns fatos observados na experiência de atendimento aos grupos certamente influenciaram na escolha do tema em estudo e serão descritos sinteticamente. Na etapa de seleção, frequentemente os pacientes apresentam reações de dúvidas e desconfianças: “será que eu vou conseguir falar dos meus problemas diante dos outros?”; de temor: “será que não vou “pegar” problemas dos outros”, etc., necessitando de um período de atendimento individual para fortalecer seu vínculo conosco e sentir-se mais confiante quanto às suas possibilidades de tratar-se num grupo.

A ocorrência de abandonos na formação dos primeiros grupos geravam desconfortos, nem sempre elaborados na abordagem psicodinâmica grupal: tratavam-se de pressões originadas do desejo de que todos os pacientes comparecessem, de sucesso do trabalho psicoterápico, etc. As tensões experimentadas durante a convivência com estes grupos foram estudadas principalmente a partir do vértice contratransferencial (BOLOGNA, 1993).

Atribuir o abandono somente à transferência ou à contratransferência seria emprestar à psicanálise uma dimensão onipotente e solucionadora de incógnitas, através da qual, pela interpretação, todos os problemas seriam compreendidos. Antes de pensarmos em respostas para os problemas, devemos levantar o maior número possível de dúvidas, equacioná-las e, por fim, tentar dissipar algumas delas (AMARO, 1972).

Assim, a continuidade do trabalho clínico grupal, o contato com outros grupoterapeutas da rede e a própria literatura sobre o tema, instigou o surgimento de novas indagações:

- O estudo do perfil do usuário da grupoterapia analítica na Unidade Básica poderia dar

maior suporte ao processo de indicação e seleção na formação dos grupos?

- Quais são as características da população que adere à modalidade de atendimento grupoterápico na rede? Diferencia-se daqueles que não aderem, embora indicados para grupoterapia?

- Que variáveis poderiam descrever melhor o “aderido” e o “abandonador”?

- Quais são as motivações para continuidade ou interrupção da grupoterapia, segundo a percepção dos usuários que vivenciam estas situações?

A proposta desta investigação tem como principal justificativa o fato de não ter-se empreendido, até o momento, nenhum estudo desta natureza na Rede Pública de Saúde de Campinas/SP.

A PESQUISA

"É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida".

(D. W. Winnicot)

"Experiência sem aprendizagem é cega, Aprendizagem sem experiência é vazia".

(Antônio M. Resende)

II - A PESQUISA

2.1 Hipóteses:

2.1.1. Os indivíduos que abandonam a grupoterapia apresentam índices de ansiedade e de depressão mais elevados do que os pacientes aderidos.

2.1.2. Indivíduos aderidos à grupoterapia apresentam redução ou eliminação do consumo de psicofármacos.

2.1.3. Indivíduos abandonadores apresentam aumento do consumo de psicofármacos.

2.1.4. Indivíduos aderidos apresentam alívio sintomático.

2.1.5. Indivíduos abandonadores não apresentam alívio sintomático.

2.1.6. Algumas variáveis sócio-econômico-demográficas diferenciam o grupo de indivíduos abandonadores e o de aderidos.

2.1.7. Algumas variáveis motivacionais diferenciam o grupo de indivíduos abandonadores e o de aderidos.

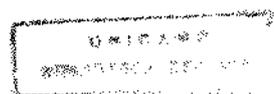
2.2. Objetivos

2.2.1 - Objetivo Geral

Discutir a psicoterapia analítica de grupo através do estudo das adesões e abandonos, a partir de variáveis sociais, clínicas e motivacionais em pacientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2.2.2 - Objetivos Específicos

- Identificar: - as características sócio-econômico-demográficas e clínicas, de aderidos e abandonadores;
- as motivações dos pacientes aderidos para permanência no grupo;



- as motivações dos ex-pacientes para abandono;

- Avaliar o grau de ansiedade e de depressão dos pacientes aderidos e dos ex-pacientes de grupo;
- Comparar e correlacionar os achados nas duas condições investigadas;

2.3 - Acerca da Natureza do Estudo e dos Métodos Utilizados

Este estudo pretende investigar as *características particulares da população* usuária e ex-usuária de um *serviço* grupoterápico oferecido pela rede básica de saúde. Propõe-se a examinar as relações entre estas características da população e as suas reações ao processo psicoterápico grupal. Interessa-se pelo *discurso* da população, na medida em que procura identificar as percepções, pelos pacientes, de importantes variáveis, como as suas motivações individuais para usufruir de um tratamento ou para abandoná-lo.

A atenção a estes aspectos - características da população e às suas motivações específicas, e o caráter de um serviço institucional - e não apenas às questões técnicas da grupoterapia, colocou-nos a necessidade de se adotar métodos adequados ao alcance de tal investigação.

Assim, este trabalho norteou-se por princípios do *modelo de pesquisa qualitativa em Saúde Mental*, utilizando-se também do *modelo de pesquisa quantitativa*. Dispõe-se de recursos estatísticos para a descrição, comparação e correlação de parte dos dados. Todavia, enfatiza-se os aspectos qualitativos, por se entender que:

“...é possível conseguir-se um significado psicológico mais profundo quando se acrescenta à precisão que os números podem fornecer, o procedimento da pesquisa qualitativa. Tal pesquisa procura introduzir um rigor, que não o da precisão numérica, aos fenômenos que não são passíveis de serem estudados quantitativamente, tais como, angústia, ansiedade, medo, alegria, cólera, amor, tristeza e outros”(MARTINS & BICUDO, 1989).

BLEGER (1989), ao discutir o problema metodológico em psicologia, aponta:

“Não há método objetivo por um lado e subjetivo por outro. O método científico é o emprego correto de recursos objetivos e subjetivos em permanente interação e nenhuma investigação pode prescindir de qualquer dos dois”.

Quanto a generalizações em Pesquisa Qualitativa, MARTINS E BICUDO (1989) afirmam:

“A pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular do fenômeno, não se preocupa com generalizações, princípios e leis. O foco de sua atenção é focalizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados”.

Com relação à análise de dados em Pesquisa Qualitativa, há autores que entendem a “análise” num sentido amplo, abrangendo a “interpretação”. Partidários desse posicionamento acreditam que a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o olhar atentamente para os dados da pesquisa (GOMES, In MINAYO, et al., 1994).

A ocorrência de análise já durante a fase de coleta de dados é claramente defendida por TRIVINOS (1987):

“...a pesquisa qualitativa...pelo tipo de técnicas que emprega, de preferência a entrevista semi-estruturada, o questionamento aberto, o método clínico, a análise de conteúdo, etc.....não estabeleceu separações marcadas entre a coleta de informações e a

interpretação das mesmas. (...) A dimensão subjetiva deste enfoque, cujas verdades se baseiam em critérios internos e externos, favorece a flexibilidade da análise dos dados...

Neste sentido, aspectos ressaltados por BLEGER (1991) sobre a entrevista na investigação psicológica, são esclarecedores:

"...a entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade dos seres humanos.(...) Uma utilização correta da entrevista integra na mesma pessoa e no mesmo ato o profissional e o pesquisador".

2.4.- Material e Método

2.4.1.- Instituições

Investigou-se os serviços de atendimento grupoterápico oferecidos pela Atenção em Saúde Mental nas seguintes Unidades Básicas de Saúde de Campinas: Centro de Saúde de Barão Geraldo, Centro de Saúde São Quirino e Centro de Saúde Paranapanema. Outras Unidades contactadas foram: Centro de Saúde Vista Alegre e Centro de Saúde Jardim Aurélia. Estes serviços correspondem a apenas 24% das Unidades que possuem equipes de Saúde Mental na Rede Básica.

2.4.2 - Sujeitos

As entrevistas que fundamentam este estudo foram realizadas com 44 pacientes de ambos os sexos, numa faixa etária entre 18 a 65 anos de idade, usuários e ex-usuários de grupos terapêuticos realizados em Centros de Saúde da Rede Básica de Saúde do Município de Campinas. Selecionou-se uma amostra de 44 entrevistados, observando-se proporcionalidade quantitativa nas duas diferentes condições: 22 pacientes aderidos a

grupos de terapia analítica e 22 pacientes abandonadores prematuros desta modalidade grupoterápica. O tamanho da amostra foi definido a partir do número de ex-pacientes que se dispuseram a comparecer às Unidades para entrevistas. O estabelecimento do critério de proporcionalidade quanto ao número de sujeitos em cada amostra decorreu do interesse pelo estudo comparativo entre o grupo de aderidos e de abandonadores.

2.4.3 - Pesquisa Documental

Foram levantados no *prontuário único* (evolução clínica) do paciente, nos arquivos das unidades, os seguintes dados: diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico clínico, uso de medicação.

2.5 - Instrumentos de Pesquisa

A técnica de entrevista semi-dirigida foi utilizada para a coleta de dados no presente estudo. Um primeiro instrumento empregado para a **caracterização do usuário** - PAGA-AA.1998 - (ANEXO 1) baseou-se em modelo utilizado na admissão de pacientes do Ambulatório de Psiquiatria de Adultos da Unicamp, com algumas adaptações. Compõe-se dos seguintes módulos de informação:

I - Identificação

II- Dados Complementares (profissão, vínculo empregatício, etc.)

III- Indicadores de Classe Social

IV- Indicadores de Migração

V- Caracterização do Atendimento da Saúde Mental

VI- História da doença/Internações

VII- Hipóteses Diagnósticas de Acordo com os Critérios da CID-10.

Os itens V, VI e VII contaram com pesquisa documental do prontuário individual de evolução clínica (Arquivos da Unidade), embora algumas questões contidas nestes itens fossem checadas nas entrevistas individuais com os pacientes, por exemplo, sintomas atuais e uso ou não de medicação por ocasião da pesquisa, entre outros.

A aplicação do instrumento a todos os entrevistados objetivou a coleta de dados fornecedores das características do perfil de pacientes aderidos e dos pacientes abandonadores. A entrevista não teve finalidade de levantar hipótese diagnóstica, dado registrado através da pesquisa documental.

O Roteiro de Entrevista Para Pesquisa da Adesão e do Abandono - PAGI-AA.1998 (ANEXO 3 e 4) - foi um (segundo e terceiro) instrumento aplicado a todos os entrevistados. Elaborado em forma de questionário, procura obter informações dos pacientes - opiniões, relatos e motivações relacionadas às suas vivências de permanência ou de saída prematura dos grupos.

Os temas básicos abordados através do roteiro foram explorados através de questões abertas. Há duas questões comuns (itens 1,2 e 6), e três específicas (itens 3, 4 e 5) à cada uma das condições investigadas: adesões e abandonos. A 3a. questão enfoca os aspectos fundamentais. Para os aderidos: “Que motivo, ou motivos, o (a) fazem permanecer no grupo?” E, para o abandonador: “Que motivo, ou quais os motivos o (a) levou a sair do grupo?”.

O 5º. item, específico a cada condição, objetiva avaliar os efeitos do grupo, segundo a percepção (relato) dos entrevistados. Os demais itens do roteiro têm uma função acessória ou complementar às investigações dos temas básicos.

A Escala de Ansiedade de Hamilton – EAH (ANEXO 5) foi um quarto instrumento utilizado neste estudo.

A Escala de Ansiedade de Hamilton (EAH), aplicada a todos os entrevistados, avaliou o grau de ansiedade apresentado por ocasião da pesquisa. A utilização deste instrumento teve por objetivo detectar e comparar o grau de ansiedade apresentado por pacientes das duas diferentes condições: aderidos e abandonadores.

A Escala de Ansiedade de Hamilton, segundo seu autor, investiga 13 planos de

manifestação da ansiedade, 6 abordando sintomatologia predominantemente psíquica e 7, física. Para cada um destes planos são investigados enfoques da manifestação ansiosa. Uma 14a. questão avalia a atitude do entrevistado, durante o transcorrer da entrevista no que concerne às manifestações ansiosas observáveis: irritabilidade, inquietude, tremor nas mãos, transpiração, etc. Conforme a consistência da descrição dos sintomas em cada plano investigado, sua regularidade e intensidade, confere-se uma pontuação que varia de "0"-ausente a "4"- muito forte .

O Inventário de Depressão de Beck - IDB (ANEXO 6), o quinto instrumento utilizado, é composto de 21 itens com quatro ou cinco afirmações cada um. O paciente seleciona a afirmação que descreve melhor sua maneira de sentir. Não é auto-administrável, as respostas são anotadas pelo examinador. A aplicação deste instrumento de avaliação a todos os pacientes em estudo objetivou estudos comparativos entre o grau de depressão apresentado pelos sujeitos aderidos a grupos e por aqueles que abandonaram prematuramente a grupoterapia.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é um instrumento de uso conceituado em pesquisa, útil para levantamento da intensidade de sintomas depressivos (ROSA, et al., 1986), tendo sido usado com pacientes portadores de cefaléia tensional em ambulatório de psiquiatria (GUIMARÃES, 1984).

2.6. - Procedimentos

O passos iniciais foram os contatos com Assessoria de Saúde Mental da Rede Básica de Campinas e com o grupo de Supervisores das Secretarias de Ação Regional (atualmente designada DRO- Departamento Regional de Operações) com a finalidade de se obter consentimentos formais para a intervenção e indicações sobre quais Unidades praticavam esta modalidade grupoterápica. A partir dessa providência, definiu-se um programa de investigações num universo constituído, a priori, por seis Unidades de Saúde (correspondentes à 28.5% das unidades que possuem profissionais de Saúde Mental).

Iniciou-se contatos com as equipes das Unidades indicadas, avaliando-se o enquadramento do trabalho grupal de acordo com os seguintes critérios:

- unidades que integrem Profissionais de Saúde Mental em sua equipe;
- a existência, na Unidade, de um serviço de psicoterapia de grupo funcionando ininterruptamente pelo menos há seis meses;
- homogeneidade quanto ao referencial teórico-técnico utilizado pelos grupoterapeutas avaliação baseada em questionário específico (ANEXO 7).
- tempo de funcionamento do grupo;
- existência de registro de abandonos;
- concordância do grupoterapeuta em que o seu trabalho fosse alvo da intervenção, possibilitando-nos acesso aos pacientes aderidos e a pacientes abandonadores de grupos (inclusive à ficha individual dos mesmos, por necessidades de levantar endereço, diagnóstico, tempo de grupo, etc.).

Para a seleção de pacientes, adotou-se os seguintes critérios:

- pacientes em psicoterapia de grupo há, no mínimo, dois meses antes da pesquisa;
- pacientes que participaram de, no mínimo, uma sessão de grupoterapia, tendo abandonado o grupo sem qualquer comunicação prévia;
- consentimento dos pacientes e ex-pacientes dos grupos em participar desta intervenção (ANEXO 2).

2.7. - Coleta de Dados e Etapas da Pesquisa

A coleta de dados, realizada no período de 1996 a 1997, caracterizou-se pelas seguintes etapas:

No primeiro semestre de 1996 realizou-se o Projeto Piloto, selecionando-se três Unidades - Centro de Saúde de Barão Geraldo Centro de Saúde São Quirino e Centro de Saúde Paranapanema. A escolha baseou-se em conhecimento prévio sobre o trabalho grupal em andamento nestas instituições. A maior facilidade de acesso aos terapeutas e aos pacientes destas Unidades constituíram fatores decisivos nesta escolha. Aplicados os

questionários para grupoterapeutas (ANEXO 7), confirmou-se o enquadramento de acordo com os critérios estabelecidos para a intervenção. Definiu-se junto aos grupoterapeutas as condições de abordagem dos pacientes aderidos e da necessidade de nos fornecerem uma listagem de pacientes abandonadores.

Iniciou-se contatos com pacientes aderidos, geralmente ao término da sessão, ocasião em que eram esclarecidos sobre a pesquisa: as entrevistas, aspectos éticos. Aos que se dispunham à entrevista, estas eram agendadas previamente e realizadas na própria Unidade.

O acesso aos abandonadores mostrou-se mais difícil: demandou algum tempo para recebermos as listagens solicitadas. Ao recebê-las, providenciava-se a checagem de prontuários com a finalidade de levantar registro do número de sessões grupais e endereços. As entrevistas foram agendadas na Unidade, convocando-se através de aerograma os pacientes que haviam comparecido no mínimo a uma sessão de grupo. Um fato observado foi a sub-notificação e registros incompletos sobre atendimentos grupais feitos.

O comparecimento de apenas quatro ex-pacientes, dos dez convocados, alertou-nos para a necessidade de repensarmos os meios de contatos para agendamento de entrevistas. Implicou na utilização de um pré-requisito não previsto anteriormente como critério de seleção dos sujeitos: os convites para participar da pesquisa passaram a ser feitos por via telefônica, sendo alguns diretos e outros através de recados (vizinhos, trabalho, familiares, entre outros).

O estudo piloto baseou-se em entrevistas realizadas com 9 pacientes e sua análise crítica propiciou reformulações no presente estudo:

1o.) Modificou-se a proposta inicial, de pesquisar pacientes de grupos em três condições - adesões, altas e abandonos - definindo-se pela abordagem somente de aderidos e abandonadores. O motivo principal foi a constatação de um número insignificante de pacientes concludentes do tratamento de grupo.

2o.) As dificuldades encontradas para se estabelecer contato com os abandonadores criou a necessidade de se redefinir critérios de seleção e aspectos quantitativos da amostra.

3o.) Decorrente do exposto, convencionou-se que o tamanho da amostra de pacientes

aderidos estaria na dependência do número de abandonadores que conseguíssemos abordar dentro do prazo previsto para a pesquisa.

A segunda etapa, assim denominada por ter se constituído por contatos com diversos profissionais, de diversas Unidades, prolongou-se durante seis meses e caracterizou-se pela ausência de produtividade na área de maior interesse para o estudo proposto: a pesquisa propriamente dita, já que não se atendia as condições de enquadramento. Os motivos foram diversos: (1) praticava-se grupos, porém, não se documentava, não se teria acesso aos pacientes abandonadores; (2) grupos iniciados recentemente; (3) grupos atendidos por estagiários, por tempo determinado; (4) atendia-se grupos orientados por critérios técnicos diferentes dos propostos na pesquisa, não se registrava abandonos, etc.

A terceira e última etapa caracterizou-se pela restrição do campo de investigações a uma única Unidade: o Centro de Saúde de Barão Geraldo. Este fato, decorrente dos motivos já explicitados, e também pela maior facilidade de acesso aos pacientes abandonadores dos grupos atendidos pela autora desta pesquisa, não produz modificações significativas nos resultados deste estudo.

O modelo básico para a coleta de dados foram as entrevistas individuais, com duração média de sessenta minutos.

As entrevistas e a aplicação dos instrumentos foram efetuados por profissionais treinados especialmente para tal e não diretamente ligados ao atendimento grupoterápico.

2.8 - Análise de Dados

As duas variáveis independentes estudadas, adesões e abandonos, e as inúmeras variáveis dependentes que puderam ser especificadas mediante a aplicação de questionários e entrevistas estruturadas são analisadas em seus aspectos quantitativo e qualitativo.

Na descrição da amostra, o estudo dos dados sócio-econômico-demográfico e clínicos utilizou-se de estatísticas descritivas e comparativas por análise de associação.

A análise estatística dos resultados da Escala de Avaliação de Hamilton para Ansiedade (EAH) e do Inventário de Depressão de Beck (IDB) foi viabilizada pelo total

de pontos obtidos, média, desvio padrão e análise de variância. Para tratamento dos dados, foi utilizado o *software* SPSS for Windows, de Mariza J. Norusis da SPSSInc., Chicago (EUA), 1992.

Com relação ao conteúdo das entrevistas, a interpretação qualitativa é enfatizada. A análise dos discursos dos sujeitos sobre suas motivações para continuidade (adesão) ou para interrupção (abandono) está fundamentada em referenciais teóricos da psicoterapia analítica de grupo. Para o agrupamento dos temas centrais emergidos nas entrevistas, procurou-se observar princípios de categorização de análise de conteúdo.

MINAYO, et al. (1994), propõe três princípios para a categorização dos dados: (1) o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de um único princípio de classificação; (2) deve ser exaustivo, ou seja, deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto; (3) as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de duas categorias.

RESULTADOS

*"Mire, veja, o mais importante e bonito no mundo
é isto: que as pessoa não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas..."*
(Guimarães Rosa)

III - RESULTADOS

3.1 - Caracterização da Amostra*

A) Distribuição das variáveis sócio-econômico-demográficas

Observando-se a Tabela 1, verifica-se que a amostra é constituída por pacientes de ambos os sexos, predominando o gênero feminino (86.4%), com idade média de 38.70 (DP = 10.979), sendo 52.3% casados.

TABELA 1 - Distribuição segundo sexo e estado civil (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Variáveis		Adesão	Abandono	%
Sexo	Fem.	17	21	86.4%
	Masc.	5	1	13.6%
Est. Civil	Solt.	7	9	36.4%
	Casado	13	10	52.3%
	Outros	2	3	11.3%

*PAGI-AA = Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição: Adesões e Abandonos

TABELA 2 - Distribuição por faixa etária (N=44)

(PAGI-AA, 1998)

Faixa Etária	Adesões	Abandonos	%
< = 25	2	4	13.7%
26 a 35 anos	5	7	27.3%
36 a 45 anos	8	5	29.5%
> 45 anos	7	6	29.5%
Total	22	22	100%

TABELA 3 - Distribuição por escolaridade (N=44)

(PAGI-AA, 1998)

Escolaridade	Adesões	Abandonos	%
Analfabetos	2	0	4.5%
Primeiro Grau	14	9	52.3%
Segundo Grau	0	8	29.5%
Superior	6	5	29.5%
Total	22	22	100%

* (p < 0.01)

Verifica-se predominância no nível de escolaridade de primeiro grau (52.3%). Nesta amostra, o grau de escolaridade está associado às condições de adesões e de abandonos estudadas (p<0.01), sendo que analfabetos (100%) e com primeiro grau (60.9%) estão na amostra de aderidos e pacientes com segundo grau (100%) estão na amostra de abandono. Este fato pode ser indicativo de que a capacidade de abstração, ou do desenvolvimento de uma capacidade de simbolização, não está necessariamente ligado ao nível de instrução. Já, os pacientes com terceiro grau não apresentam uma participação diferenciada com relação a adesão e ao abandono.

TABELA 4 - Distribuição por profissão (N=44)

(PAGI-AA, 1998)

Profissão	Adesões	Abandonos	%
Do lar	7	5	27.3%
Doméstica	4	3	15.9%
Professor	1	3	9.0%
Estudante	1	1	4.5%
Cozinheira	1	1	4.5%
Aj. Manutenç.	1	0	2.3%
Babá	0	1	2.3%
Bióloga	0	1	2.3%
Cabeleireira	0	1	2.3%
Caseira Rural	1	0	2.3%
Costureira	0	1	2.3%
Metalúrgico	1	0	2.3%
Of. Administr.	1	0	2.3%
Passadeira	0	1	2.3%
Pedagoga	1	0	2.3%
Psicóloga	1	0	2.3%
Publicitário	1	0	2.3%
Serralheiro	1	0	2.3%
Vendedor	0	1	2.3%
Total	22	22	100%

Um elenco considerável de profissões com relação ao tamanho da amostra retrata a riqueza e a diversidade de experiências geralmente encontradas nos grupos. Verifica-se uma predominância de profissões ou ocupações ligadas a esfera doméstica (52.2%).

TABELA 5 - Distribuição por vínculo empregatício (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Vínc. Empregat.	Adesões	Abandonos	%
Do lar	6	6	27.3%
Formal	8	5	29.5%
Informal	2	4	13.7%
Aposentados	2	2	9.0%
Afastados	3	0	6.8%
Autônomo	0	2	4.5%
Desempregado	0	2	4.5%
Estudante/bolsista	1	1	4.5%
Total	22	22	100%

É considerável o número de donas-de-casa nesta amostra (27.3%), sendo que o seu comportamento frente à proposta de grupoterapia é 50% de adesão e 50% de abandono. Entre os aderidos predomina o vínculo empregatício formal (36.4%). O vínculo informal no trabalho (18.2%) e o desemprego (9.1%) ocorrem com maior frequência entre os entrevistados que abandonaram os grupos.

TABELA 6 - Distribuição por faixa salarial, conforme renda
(individual ou familiar) declarada (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

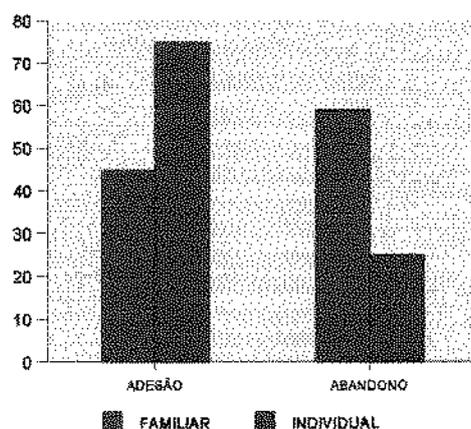
Faixa Salarial	Adesões	Abandonos	%
1 a 3 salários mínimos	4	6	23.3%
3,1 a 5 salários mínimos	8	5	30.2%
5,1 a 10 salários mínimos	5	8	30.2%
> 10 salários mínimos	4	3	16.3%
Total	22	22	100%

*(valor perdido)

O gráfico 1 apresenta o tipo de renda (familiar ou individual) declarada:

GRÁFICO 1 - Tipo de renda declarada

(PAGI-AA, 1998)

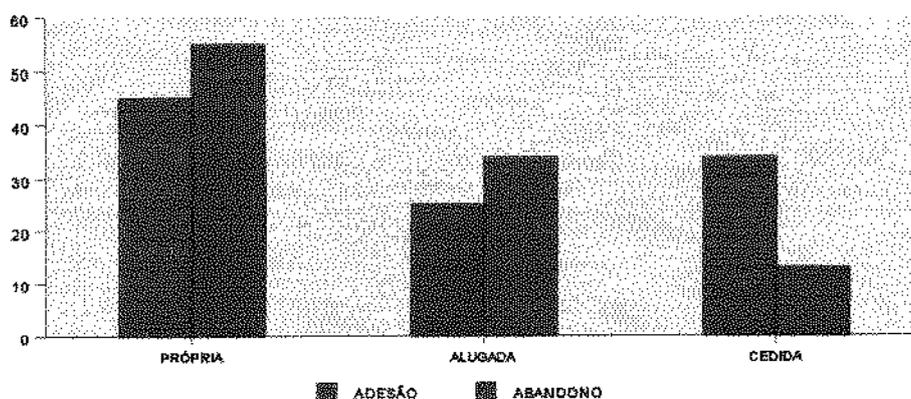


Pode-se afirmar que o tipo de renda declarada pelo entrevistado está presente diferenciadamente entre os dois grupos ($P < 0.10$, um valor esperado $\hat{e} < 5$). Um comportamento típico no grupo que abandonou a PAG é o de apresentar informações sobre renda familiar (57.6%), enquanto que no grupo de aderidos predomina a informação sobre renda individual (75%).

A investigação sobre as condições habitacionais mostrou que 100% dos entrevistados moram em casa de alvenaria de 50% tem casa própria (gráfico 2).

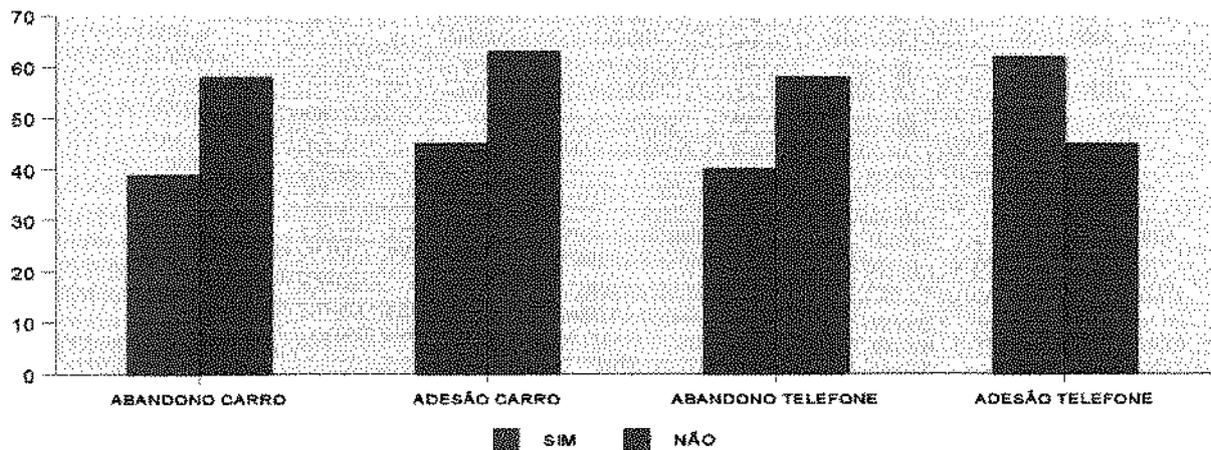
GRÁFICO 2 - Tipo de condição habitacional

(PAGI-AA, 1998)



Outros indicadores de classe social investigados referem-se à posse de carro e telefone (gráfico 3):

GRÁFICO 3 - Posse de carro e telefone
(PAGI-AA, 1998)



Pode-se observar uma certa tendência a haver maior infra-estrutura de locomoção própria entre os que aderiram à grupoterapia (61.1%) e maior ocorrência de pacientes sem condução própria entre entrevistados que abandonaram o programa (57.7%), porém, esta associação dá margens a controvérsias, pois, estatisticamente, $P < 0.25$.

TABELA 7 - Distribuição por Estado de procedência (N=44)

(PAGI-AA, 1998)

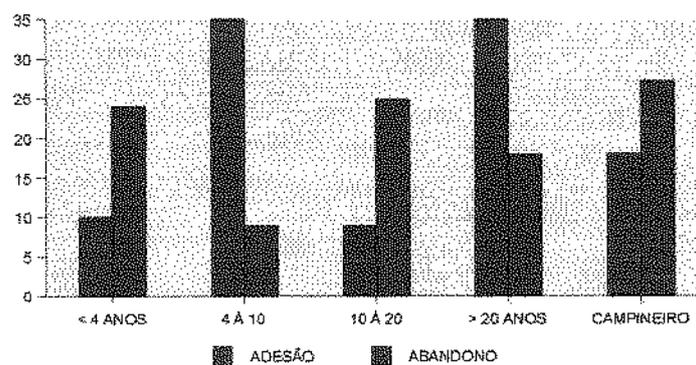
Estado	Adesões	Abandonos	%
São Paulo	12	11	52.3%
M. Gerais	5	4	20.5%
Ceará	2	2	9.12%
Paraná	1	3	9.13%
Pernambuco	2	0	4.5%
Bahia	0	1	2.3%
Tocantins	0	1	2.3%
Total	22	22	100%

Embora predomine o número de pessoas naturais do Estado de São Paulo (52.3%), é relevante o índice de 47.7% de migrados de outros Estados do Brasil. É um dado compreensível em serviços públicos de uma cidade como Campinas, pólo de atração de migrantes de todas as regiões do país.

Confrontando-se o tempo de residência na localidade com o quadro de adesões e abandonos, pode-se verificar algumas tendências conforme mostra o gráfico 4:

GRÁFICO 4 - Tempo de residência em Campinas

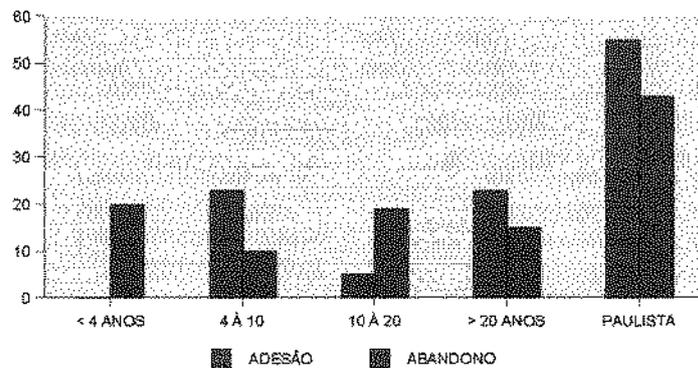
(PAGI-AA, 1998)



Na amostra de abandono da grupoterapia existe uma maior presença de pessoas que moram a menos tempo em Campinas (71.4%), enquanto que na de adesão predomina a faixa de mais de 20 anos morando em Campinas (63.6%). Entretanto, o valor de $P < 0.20$ pode indicar uma tendência, caso o número de observações fosse mais adequado. Entre os que são campineiros, predomina o abandono (27.3%), em comparação com a adesão à grupoterapia (18.2%).

No gráfico 5 é apresentado o tempo de residência no Estado de São Paulo:

GRÁFICO 5 - Tempo de residência no Estado de São Paulo
(PAGI-AA, 1998)



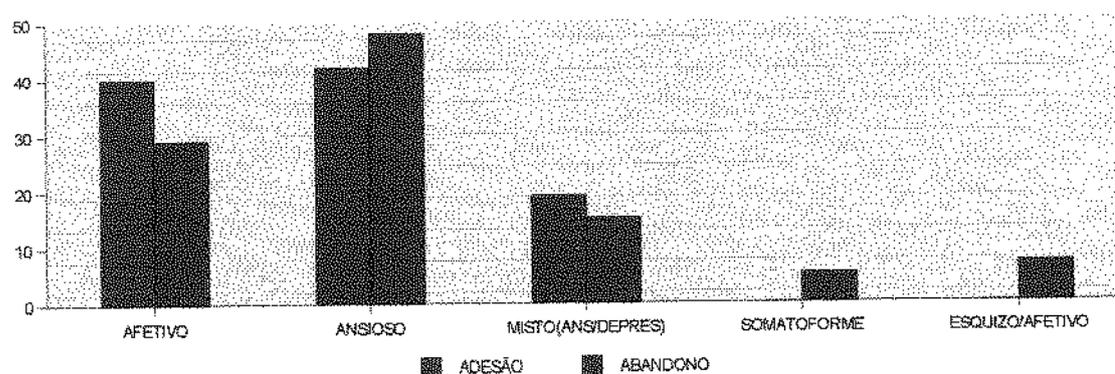
Existe uma associação entre o fato de ter migrado recentemente para São Paulo e o abandono da grupoterapia ($P < 0.10$). Todos os pacientes que estão há menos de 4 anos no Estado abandonaram o programa (100.0%), enquanto que os paulistas estão preferentemente entre os pacientes aderidos (55.0%).

B) Distribuição das variáveis clínicas

Verificou-se² que 42 entrevistados (95.5% da amostra) apresentavam quadros psiquiátricos³ de transtornos afetivos, ansiosos, somatoformes e esquizo/afetivos por ocasião de sua admissão na Unidade. O gráfico 6 apresenta o diagnóstico psiquiátrico principal agrupado por síndromes.

GRÁFICO 6 - Distribuição por diagnóstico psiquiátrico (sindrômico)

(PAGI-AA, 1998)



(2 valores perdidos)

² Pesquisa de prontuário.

³ De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10.

A maioria (72.8%) declarou que o início dos sintomas ocorreu há mais de 3 anos. O tempo de ocorrência dos sintomas declarado pelos entrevistados varia de menos de um ano (13.6%) até a faixa de mais de dez anos (36.4%), e se apresenta na tabela 8:

TABELA 8 - Distribuição por tempo de ocorrência dos sintomas (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Fx. Tempo/Sintomas	Adesões	Abandonos	%
Até 1 ano	1	5	13,6%
1,1 a 3 anos	1	4	13,6%
3,1 a 10 anos	11	5	36,4%
> 10 anos	9	7	36,4%
Total	22	22	100%

Os entrevistados que declararam o início dos sintomas mais recentemente, até 3 anos, estão, de preferência na amostra de abandono (45.5%), se comparados ao índice de aderidos, que apresentaram sintomas nesta mesma faixa de tempo (13.6%), ocorrendo uma predominância de pessoas com mais tempo de sintomas na amostra de aderidos. No entanto, o $P < 0.20$ (para um valor esperado de $p < 5$) pode indicar uma tendência.

Dez entrevistados (22.7% da amostra) relataram ocorrência de internações em hospital psiquiátrico em suas vidas, conforme tabela 9:

TABELA 9- Distribuição por internação em hospital psiquiátrico (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Intern. Psiquiátrica	Adesões	Abandonos	%
Sim	6	4	22,7%
Não	18	16	72,7%
Total	22	22	100%

O número de internações ocorridas e a sua distribuição entre aderidos e abandonadores pode ser observado na tabela 10:

TABELA 10 - Distribuição por número de internações em hospital psiquiátrico (N=44)
(PAGL-AA, 1998)

No. Internações	Adesões	Abandonos	%
1	3	1	40.0%
2	1	1	20.0%
3	1	0	10.0%
5	1	0	10.0%
6	0	1	10.0%
27	0	1	10.0%
Total	22	22	100%

Os entrevistados que declararam menor número de internações estão preferentemente na faixa de aderidos, invertendo-se a situação na faixa de abandonos. Todavia, por ocasião da entrevista, todos declararam ausência de recidivas de internações psiquiátricas após iniciado o acompanhamento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde.

Verificou-se que 34.9% da amostra apresentava diagnóstico clínico por ocasião do seu encaminhamento à grupoterapia:

TABELA 11 - Distribuição por diagnóstico clínico (N=44)
(PAGL-AA, 1998)

Diagnóstico Clínico	Adesões	Abandonos	%
Sim	14	14	65,1%
Não	7	8	34,9%
Total	22	22	100%

* 1 valor perdido

A maioria (59.1%) estava com acompanhamento psiquiátrico e fazendo uso de psicofármacos por ocasião do ingresso na grupoterapia (tabela 12):

TABELA 12 - Distribuição por uso de psicofármacos por ocasião do ingresso no grupo (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Uso Psicofármaco	Adesões	Abandonos	%
Sim	8	10	40.9%
Não	14	12	59.1%
Total	22	22	100%

O tempo de uso do medicamento declarado pelos entrevistados é apresentado na tabela 13:

TABELA 13 - Distribuição por tempo de uso de psicofármacos (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Ex. Tempo/Uso Psicofármacos	Adesões	Abandonos	%
Até 1 ano	4	4	30.8%
1,1 a 5 anos	6	2	30.8%
> 5 anos	4	6	38.5%
Total	22	22	100%

Observa-se que os pacientes que usam medicamentos por um período de tempo de até um ano se distribuem da mesma forma entre adesão e abandono da grupoterapia. A diferença se apresenta na faixa entre 1,1 mês a 5 anos, que predomina na adesão (75.0%) e os que usam há mais de 5 anos, que predomina no abandono (60.0%). No entanto, como $P < 0.20$ (um valor esperado é < 5), pode estar ocorrendo uma tendência.

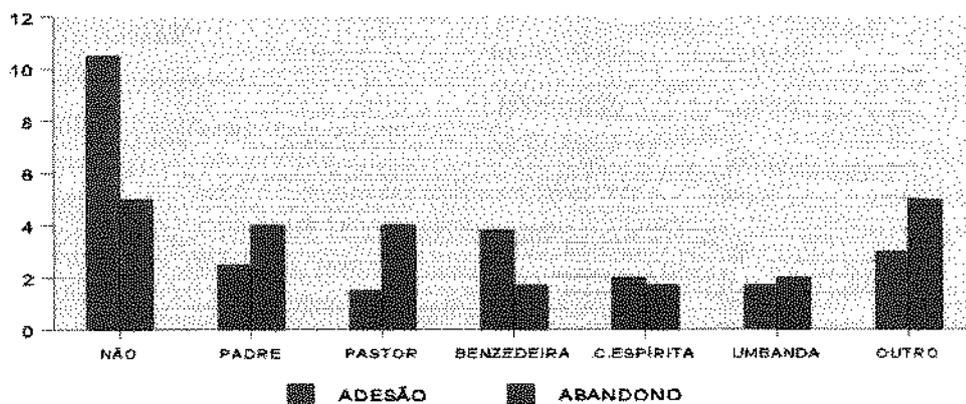
Por ocasião da pesquisa, o uso de medicação entre aderidos e abandonadores apresentava-se de acordo com o descrito na tabela 14:

TABELA 14 - Distribuição por uso de psicofármaco por ocasião da pesquisa (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Uso Psicofármaco	Adesões	Abandonos	%
Sim	12	10	50.0%
Não	10	12	50.0%
Total	22	22	100%

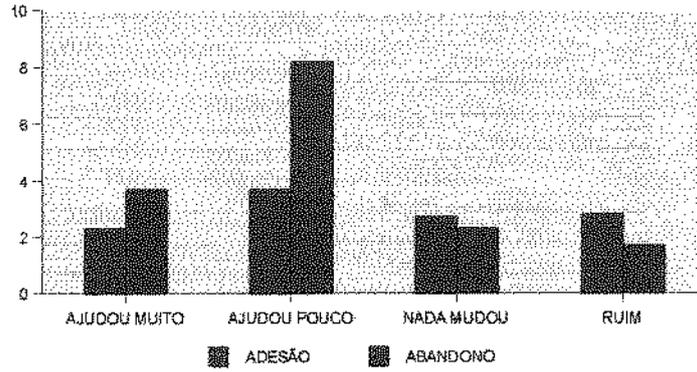
A maioria dos pacientes estudados declararam já ter buscado ajuda alternativa, não médica, para suas angústias. O tipo de ajuda procurada é apresentado no gráfico 7:

GRÁFICO 7 - Tipo de ajuda alternativa procurada
(PAGI-AA, 1998)



Os resultados da ajuda procurada segundo os pacientes é apresentado no gráfico 8:

GRÁFICO 8 - Resultado da ajuda alternativa
(PAGI-AA, 1998)



C) Distribuição dos sintomas de ansiedade e depressão

A avaliação do estado de ansiedade dos entrevistados, isto é, se o paciente refere a presença de sintomas físicos e psíquicos associados à ansiedade (EAH, no ANEXO 5), mostrou que para os 44 pacientes examinados, os resultados variam entre a quase ausência e a presença intensa de sintomas. A média dos escores para a população total estudada foi de 19.90 (DP = 9.40).

As pontuações verificadas nas duas condições são apresentadas na tabela 15:

TABELA 15 - Distribuição por faixas de pontuação da EAH (N=44)
(PAG-*AA*, 1998)

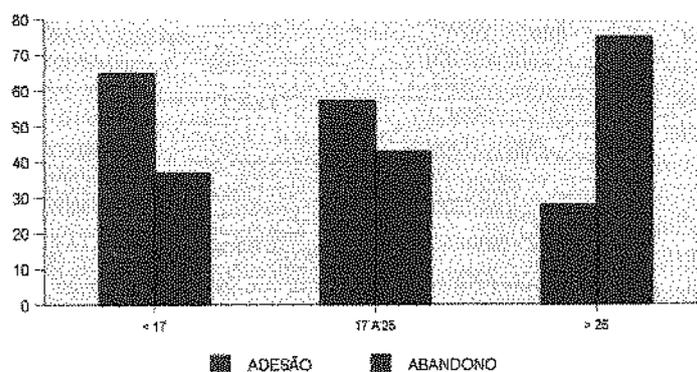
Fx. Pontuação EAH	Adesões	Abandonos	%
< 17 pontos	9	5	31.8%
17 a 25 pontos	10	8	40.9%
> 25 pontos	3	9	27.3%
Total	22	22	100%

Média do total de pontos dos aderidos : 17.45 (DP = 8.49)

Média dos escores dos abandonadores: 22.36 (DP = 9.80)

Existe uma associação válida estatisticamente ($P = 0.12$) entre a pontuação total no teste de Hamilton e a relação com adesões e abandonos no grupo terapêutico. Observando-se a faixa com menos de 17 pontos, referente a um nível de ansiedade considerado normal, existe uma predominância de pacientes do grupo de adesão. Na faixa de 17 a 25 pontos, indicando um nível moderado de ansiedade, concentra-se a maioria dos pacientes aderidos à grupoterapia (45.5%). Na faixa com mais de 25 pontos, indicadora de um nível elevado de ansiedade, 75.0% é representado por pacientes que abandonaram o programa, sendo também essa a faixa na qual mais se concentram os pacientes desta condição (40.9%). Estes dados podem ser visualizados no gráfico 9:

GRÁFICO 9 - Total de pontos da EAH
(PAGI-AA, 1998)



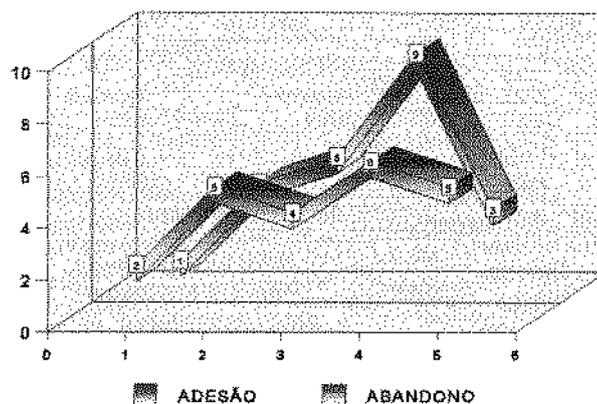
A avaliação dos sintomas depressivos através do Inventário de Depressão de Beck (IDB) mostrou que a média para a população total estudada foi de 19.65 (DP=11.99). Na amostra de aderidos, a média foi de 19.27 (DP=10.88), e, na de abandonadores, foi de 19.86 (DP=13.26). A pontuação proporcional dos dois grupos (adesão e abandono) é apresentada na tabela 16 e no gráfico 10:

TABELA 16 - Distribuição por total de pontos no Beck (IDB) (N=44)
(PAGI-AA, 1998)

Fx. Pontuação Beck	Adesões	Abandonos	%
0	1	2	6.8%
Até 10	40	5	20.5%
11 a 20	5	4	20.5%
21 a 30	9	6	34.1%
> 30	3	5	18.2%
Total	22	22	100%

GRÁFICO 10 - Total de pontos do IDB por faixas

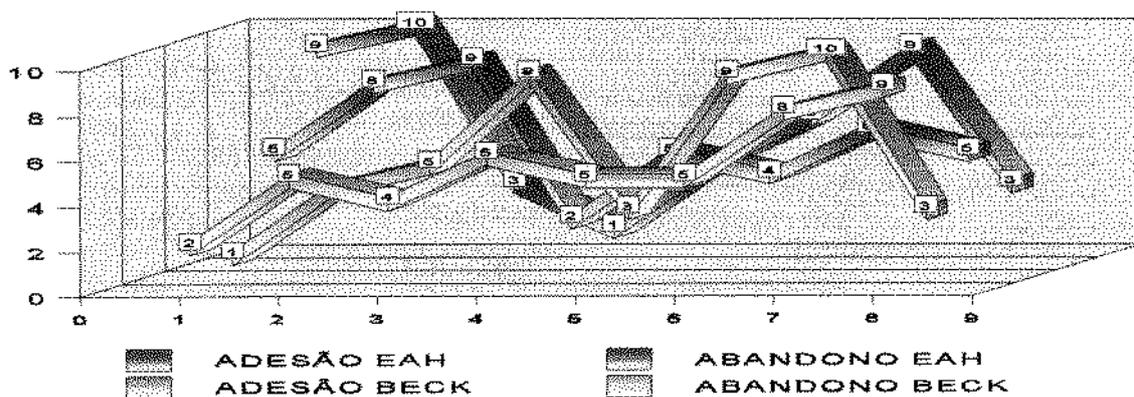
(PAGI-AA, 1998)



Desejando obter um panorama das pessoas avaliadas em relação às suas respostas ao Inventário de Depressão de Beck e à Escala de Ansiedade de Hamilton, mostra-se, através do gráfico 11, a co-ocorrência de sintomas ansiosos e depressivos, nas condições estudadas:

GRÁFICO 11 - Co-ocorrência entre sintomas ansiosos e depressivos por faixas de pontuação

(PAGI-AA, 1998)



3.2 - Análise Comentada dos motivos de permanência e de interrupções relatados pelos pacientes.

Para a análise e discussão dos motivos de permanência e de interrupção, agrupou-se os temas centrais emergidos nas entrevistas, observando-se sua correlação em ambas as condições investigadas, a saber:

1 - Motivos de Permanência:

- Uso da Comunicação Verbal de Forma Efetiva e Afetiva;
- Alívio dos Sintomas;
- Prazer no Grupo (Prazer em Ser Grupo).

2 - Motivos de Interrupção:

- Dificuldades na Comunicação Verbal;
- Alívio Parcial dos Sintomas e Necessidades de Preservação dos Sintomas;
- Rejeição ao Grupo (Desprazer em Ser Grupo) .

3 - Outros Motivos.

Na apresentação dos *discursos dos sujeitos* (falas dos pacientes entrevistados), convencionou-se atribuir números, para preservar a identificação dos mesmos e facilitar a presente exposição.

3.2.1 - Uso da Comunicação Verbal de Forma Efetiva e Afetiva

Considerou-se os relatos dos pacientes que estão em psicoterapia de grupo e que atribuem **motivos de permanência** fundamentando-se na ação do falar, ouvir, e na

percepção de conteúdos ou consequências decorrentes deste processo de comunicação grupal.

O uso da linguagem com **função catártica** foi citado por 3 pacientes:

“...desabafo meus problemas no grupo, saio aliviada” (Paciente no. 1).

“No grupo a gente pode desabafar, contar o que sente” (Paciente no. 9)

“Aqui eu converso, ajuda a controlar melhor a parte emocional” (Paciente no.20)

RIBEIRO (1981) comenta que dois fatores atuam basicamente no processo terapêutico: o fator *apoio* e o *analítico*: **“Apoiando**, o grupo dá aos seus participantes a sensação de ser aceito, compreendido, dá-lhes permissão para falar, para experienciar, para estar e viver juntos em aceitação (...) **Analizando**, o grupo entra no próprio sofrimento.”

Através da comunicação verbal os integrantes do grupo criam **meios de comparar-se e reconhecer-se**, conforme aparece no relato de dois pacientes, ao citarem seus motivos para continuar no grupo:

“No grupo a gente pode falar...vejo que tenho muita coisa boa quando ouço as queixas dos outros do grupo, tem gente que está pior que a gente” (Paciente no. 11)

“Poder conversar sobre os problemas, ver que outras pessoas também tem problemas, às vezes até mais graves...” (Paciente no. 16).

Conteúdos destas falas traduzem um dos fatores terapêuticos específicos de grupo, o fenômeno do **espelho**, conceito já descrito no primeiro capítulo deste trabalho. Na psicoterapia de grupo, a função de espelho do terapeuta é também uma função do grupo.

A situação de grupo pode ser comparada a uma sala de espelhos onde o indivíduo é confrontado com vários aspectos de sua imagem social, psicológica e corporal. As reações de espelho contribuem, principalmente, para a resolução das problemáticas narcísicas dentro de um grupo, inclusive porque serviram de base para a diferenciação entre o Eu e o não-Eu, na infância precoce (FOULKES, 1967).

As descobertas de Foulkes sobre a função especular do grupo foram aprofundadas com as contribuições de WINNICOTT (1975), sobre esta importante função psicoterápica. Ele postulou que, quando o bebê olha para o rosto de sua mãe, ele vê a si mesmo. Para Winnicott, o terapeuta tem, também, a função de espelho para seu paciente. Uma das contribuições dos seus estudos, é a vinculação da *apercepção e percepção* no indivíduo, um processo histórico que está na dependência de ser visto:

“quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver...”.

A utilização da linguagem verbal como forma de atendimento à **necessidade de compreender e nomear** conteúdos internos estimula apreço pela experiência e pelo saber, conforme pode ser constatado na afirmativa de um paciente:

“Acho bom porque aqui a gente diz o que sente e o médico traduz o que é” (Paciente no. 20)

Neste sentido, DE MARÉ (1974), esclarece:

“A psicoterapia é primariamente um método de aumentar a comunicação tanto intrafisicamente quanto em relação aos outros; é essencialmente um sistema metacomunicacional que conduz ao conhecimento do eu em relação aos outros(...), da percepção de ser

percebido, que leva à compreensão interna (insight), onde a comunicação interpessoal é um mediador para a compreensão intrapessoal. A “compreensão interna” (insight) pressupõe a existência da “compreensão externa” (outsight)”.

O grupo como veículo de **troca de idéias** é reforçador de permanência, apesar da possibilidade de **desilusão**, conforme denota a afirmativa abaixo:

“O grupo permite troca de idéias, mas não permite aprofundamento” (Paciente no. 17)

O ser humano, desde o seu nascimento, está envolvido com o problema da relação entre aquilo que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido. De acordo com WINNICOTT (1975), é desejável que ocorra a desilusão, e para isto é preciso ter constituído a ilusão.

Para WINNICOTT (1975), a ilusão e o valor da ilusão podem ser entendidos através da afirmativa abaixo:

*A mãe, no começo, por uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a ilusão de que o seu seio faz parte do bebê. É como se estivesse sob o controle mágico do bebê (...) A tarefa final da mãe consiste em desiludir **gradativamente** o bebê, mas não deverá esperar sucesso se ela primeiro não foi capaz de lhe oferecer uma oportunidade suficiente para a ilusão.*

O autor ainda alerta:

“(...) Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão, sem os quais não existe, para o ser humano, significado na idéia de uma relação com um objeto que é por outros percebidos como externo a esse ser” (WINNICOTT, 1975).

O propósito destas considerações teóricas é o fato de que nem sempre ocorrem as condições adequadas de funcionamento do *setting*, de forma a permitir ao paciente criar ilusões. Essas condições, subscritas como *maternagem* na terapia de grupo, dependem da habilidade do psicoterapeuta em *cuidar* para que se desenvolva no grupo um *acolhimento* (*holding*, tolerância, sustentação) às necessidades dos participantes de um grupo que se inicia.

Cabem também, aqui, algumas considerações sobre os níveis de comunicação nos grupos. Para FOULKES (1967) a comunicação expressa-se, no grupo, nos mais variados níveis:

“(...) As palavras representam o principal veículo para a comunicação do pensamento articulado ou secundário, porém é o próprio processo de comunicação que nos interessa de modo especial e não a transmissão factual da informação através da palavra(...)” Entretanto, *“não se deve confundir um nível crescente de comunicação no grupo com a intelectualização (...) a verdadeira comunicação no grupo mostra-se firmemente enraizada na sua experiência, crescendo a partir dela”*. (grifos nossos)

Consoante aos conceitos expostos, há depoimentos de paciente que apontam para a utilização da linguagem verbal no grupo como instrumento possibilitador de **aberturas para elaborações**, conforme sugerem as afirmações a seguir:

“...a gente fala, ouve o que os outros do grupo falam, e aprende coisas que a gente não sabe. Aprende a pensar em como agir” (Paciente no. 9).

“Tenho mais coragem para falar...a gente fica sabendo mais das coisas da gente, estou entendendo mais as coisas” (Paciente no. 19).

Para BION (1975), “O intercâmbio verbal é uma função do grupo de trabalho (...) O grupo de trabalho compreende esse emprego particular dos símbolos que se acha envolvido na comunicação”.

3.2.2 - Dificuldades de Comunicação Verbal no Grupo

Considerando-se os relatos de ex-pacientes, verificou-se uma tendência a atribuir a **interrupção da grupoterapia** a dificuldades de se utilizarem da linguagem verbal durante a sessão. Intolerância aos momentos de silêncio no grupo, frustrações das próprias expectativas de se comunicar, dificuldades em expor emoções ou intolerância com conteúdos latentes nos períodos de silêncio do grupo, foram aspectos identificados nos relatos.

Evidências de **intolerância à emergência de conteúdos internos incômodos** em períodos de **silêncio no grupo**, aparecem na afirmativa que se segue:

"...ninguém falava nada, eu sentia que precisava falar, mas ficava esperando alguém começar primeiro...achei ruim o silêncio" (Paciente no.1).

O início de um grupo ou de pessoas novas no grupo é frequentemente marcado por atitudes receosas dos silêncios, fazendo todo o possível para evitar o silêncio. Aprendem a depender de determinados membros nos quais podem confiar como capazes de preencher o vazio. O comportamento durante um silêncio é forçado e cheio de ansiedade. Evitam-se as trocas de olhares e há um aumento de pequenos movimentos em clima de tensão.

FOULKES (1967) acentuou que os silêncios representam uma importante comunicação no grupo e o terapeuta deve se dedicar a compreender os seus muitos significados distintos.

"(...)Há silêncios que se seguem à liberação ou alívio de tensão, silêncios que prenunciam uma tempestade no grupo e silêncios que sucedem à profunda interpretação de um fato do grupo. Há silêncios benignos, silêncios meditativos, silêncios perplexos e silêncios explosivos".

MELLO FILHO (1989) coloca que:

“Para Winnicott, a comunicação só é sentida como real quando inclui o núcleo do verdadeiro Self. A comunicação que depende de um falso Self é sentida como fútil e irreal (...). O falso Self, para Winnicott, é sempre o resultado de uma defesa, uma dissociação, que tem como objeto ocultar o verdadeiro Self”.

Subjacente ao silêncio podem estar ocorrendo **ansiedades persecutórias**, conforme denotam os fragmentos descritos abaixo:

“Achei difícil falar na presença de várias pessoas”. (Paciente no. 4)

“Eu me tranquei. Quando falei, não gostei, faltou confiança”. (Paciente no.10)

“Era difícil p'ra falar e as pessoas reclamavam porque eu não falava de mim (Paciente no. 11)

“Não podia falar do meu problema para os outros, essas pessoas iam me ver na rua e podiam querer comentar o que eu tivesse falado...”. (Paciente no.12)

“Não gosto de contar meus problemas para os outros, acho que vão falar mal de mim” (Paciente no. 21)

Uma compreensão mais profunda dos mecanismos subjacentes às dificuldades de verbalização expostas nestes fragmentos é apresentada por BION (1975), ao estudar a comunicação verbal no grupo:

“Quanto mais o grupo corresponde ao grupo de suposição básica, menos eles fazem qualquer uso da comunicação verbal (...) Em vez de desenvolver a linguagem como um método de pensamento, o grupo utiliza uma linguagem existente como um modo de ação”.

É acentua:

“Melanie Klein demonstrou que a incapacidade de formar símbolos é característica de certos indivíduos. Ampliaria isto para incluir todos os indivíduos em suas funções como membros do grupo de suposição básica”.

Há um relato que denuncia dificuldade de se expor em um **ambiente** que é percebido pelo paciente como **estranho e confuso**, indicando a presença de ansiedades primitivas no grupo:

“Fiquei com vergonha de falar sobre mim. Achava o grupo muito estranho, confuso...” (Paciente no. 6).

Outros, denotam **desmotivação ou desinteresse** dos pacientes pelo contato grupal:

“Falta de motivação, achei que as pessoas no grupo falavam de coisas fúteis...” (Paciente no. 16)

“Eu não falava, não tinha o que comentar, via que os outros falavam, achei melhor sair...” (Paciente no. 17)

“Não sou de falar. não me senti bem no grupo, não queria ouvir problemas dos outros, já tinha os meus”. (Paciente no. 18)

ZIMERMAN (1993) destaca o paciente malmotivado - tanto em relação à sua real disposição para um tratamento longo e difícil, quanto ao fato de ser especificamente em grupo - como contra-indicado para a psicoterapia de grupo de pretensão analítica. Ele inclui nas contra-indicações os pacientes que apresentam uma história de terapias anteriores interrompidas, denominando-os de “abandonadores compulsivos”.

3.2.3 - Alívio de Sintomas

Considerou-se os relatos dos aderidos referentes à diminuição ou **eliminação de sintomas físicos ou psíquicos** apresentados por ocasião da procura de tratamento.

Pode-se constatar, ao se lidar com o material, íntima relação entre os conteúdos que se referem à comunicação e os que se referem à eliminação de sintomas. Este fato adquire maior compreensão se considerarmos que os sintomas representam expressões físicas ou psicológicas de conteúdos mentais ou emocionais, cujos significados não estão podendo ser expressos em palavras. Isto é, tomar consciência, verbalizar e comunicar, constituem partes integrantes de um mesmo processo; a dissociação destes elementos que ora procedemos, tem apenas uma finalidade didática.

O alívio de sintomas como motivo de permanência no grupo foi citado por três pacientes. Em alguns relatos, isto aparece como uma **diminuição da impulsividade agressiva**:

“...antes eu brigava, agora já penso no que vou falar” (Paciente no. 1).

“Penso mais e ajo menos por impulso na hora da raiva” (Paciente no. 4)

“Melhorei dos tremores, da agressividade, diminuiu minha revolta, consegui até perdoar e esquecer o passado” (Paciente no. 22).

Há pacientes que se baseiam na percepção de **alívio dos sintomas ansiosos** para descrever suas motivações para continuidade da grupoterapia:

"...no grupo "passa tudo". alivia, pára a dor no peito, mágoa vai embora, sinto-me bem, melhorei" (Paciente no.4)

"Diminuíram minhas crises de ansiedade, quase não tenho mais precisado ir ao Pronto Socorro". (Paciente no. 3)

"O grupo tem me ajudado a ficar mais calmo". (Paciente no. 9).

"Estou mais calma...já não acho tudo ruim". (Paciente no.12)

"Acabou o medo de ficar sozinha à noite, diminuiu a angústia"(Paciente no. 16).

" Percebo que melhorei muito da vergonha de me expor". (Paciente no. 17)

A percepção de **melhora da saúde física** atua como reforço para a continuidade do tratamento grupoterápico, conforme se verifica nos depoimentos a seguir:

"Estou melhorando da dor de cabeça e do nervoso, estou mais calma, percebo que estou mudando p'ra melhor, por isso eu continuo vindo" (Paciente no. 8)

"Eu venho porque está melhorando minha saúde, passou a dor no coração, já nem tô mais tomando remédio" (Paciente no.11)

"Melhorou a cabeça, está mais leve" (Paciente no. 12)

"Melhorou minha saúde física, a pressão tá controlada" (Paciente no. 21).

A este propósito, FOULKES (1967) esclarece:

"O processo através do qual o paciente passa da manifestação de sintomas físicos para a consciência de conflito mental, que pode ser comunicado, é demorado e difícil. No grupo, ele se relaciona e talvez se identifique com o processo de transformação do inconsciente, que representa a base do tratamento psicanalítico. Mantém estreita relação com a verbalização, pois, como Freud mostrou, os pensamentos inconscientes atingem o nível de consciência ligando-se a representações verbais".

3.2.4 - Eliminação Parcial dos Sintomas e Necessidade de Preservação dos Sintomas

A pesquisa junto aos abandonadores mostrou que o alívio de sintomas pode ser, para o paciente, um fator de interrupção de tratamento. Referências neste sentido surgiram no relato de dois pacientes, conforme pode ser visto nos fragmentos a seguir:

"Achei que estava bem, não precisava mais..." (Paciente no. 14)

"Sai porque me sentia melhor da depressão e comecei a trabalhar em casa, babá dos netos..." (Paciente no. 22).

Estes pacientes informaram também que, continuam com sintomas produtivos e com

acompanhamento psiquiátrico medicamentoso. A paciente no. 14 atribui a não imposição da terapia, por parte do grupoterapeuta, como fator de desistência:

“Acho que eu precisava de mais incentivo para continuar, precisava que vocês obrigassem as pessoas a virem, eu sabia que não era hora ainda de sair, mas tinha preguiça de vir toda semana” (Paciente no. 14).

A crença de que a “salvação” depende de outrem é descrita por BION (1975) como pertencente a um funcionamento mental caracterizado como dependência. No grupo, é o movimento que dá suporte ao *suposto básico de dependência*.

Há relatos que evidenciam **dificuldades** do paciente **em estabelecer associações** entre corpo-mente-ambiente e tendências à somatização, como fator de interrupção:

“Eu sei porque achei que o meu problema era só de ordem física, eu não tinha o que falar...Acho que é mais físico mesmo” (Paciente no. 17)

Fenômenos que podem ser melhor compreendidos ao considerarmos que:

“Mesmo nos casos em que não existe nenhuma representação psíquica ligada ao sintoma psicossomático, ou seja, quando o sintoma psicossomático se apresenta compacto e ausente de significado, estamos, de fato, diante de uma situação significativa do ponto de vista simbólico, onde se tenta contornar psiquicamente um evento, tentando-se reduzi-lo a uma pura “significação física”. O que então se realiza é um curto-circuito entre o corpo e o ambiente, sem passar pela via das representações mentais...” (ÁVILA, 1996).

Confrontando-se os dados coletados no item “Motivo da Procura” com os dados do “Motivo de Abandono”, verifica-se que 27.3% (6 pacientes) da amostra referem os próprios

sintomas como motivadores de suas saídas do grupo. Pode ser um indício de que estes pacientes não apresentavam, ainda, condições necessárias para iniciar um tipo de tratamento onde o confronto é inevitável: Os fenômenos grupais de espelho, ressonância, etc., de ver refletido no outro aspectos seus que ainda não têm condições de encarar, pode ser evitado através da interrupção.

Há que se considerar, ainda, que parte destes pacientes mantém-se com acompanhamento psiquiátrico medicamentoso e referiram sintomas produtivos no momento da pesquisa. Faz-nos sentido, pois, a assertiva de FOULKES (1967):

“Este tipo mantém sempre uma espécie de interesse fixo na manutenção de seus sintomas. O sofrimento de que padecem é, na verdade, consequência de um insuportável conflito mental provisoriamente resolvido com a formação de um sintoma. Não demonstram, portanto, interesse particular na elucidação dos dolorosos problemas que sublinham seus sintomas, desejando apenas ver eliminada a parte desagradável dos mesmos ou, então, que se lhes diga a cada momento que nada pode ser feito e que aquela sua condição deve ser aceita”.

Segundo BION (1992):

“A vantagem da doença física é que ela é quase respeitável e é relativamente compreensível, de tal forma que a pessoa que tem um tipo de desconforto mental pode dar boas-vindas ao mal-estar físico porque finalmente ela obtém uma atenção relativamente racional. Há uma pressão na direção de escapar para aquilo que já é conhecido - o que pode não ser muito, mas já é alguma coisa”

3.2.5 - Prazer de estar no grupo

Considerou-se nesta categoria, os relatos de pacientes aderidos que denotam: apreço pela transação afetiva no grupo, pelo compartilhar, e a percepção, pelo paciente, de efeitos intra-psíquicos como: desenvolvimento de iniciativas, aumento da auto estima e outros benefícios na área interpessoal, decorrentes de sua experiência no grupo.

“Não vejo a hora de vir (à sessão), eu gosto...mesmo que não tenha problemas para expor, ouço os dos outros do grupo, dou opinião, eu gosto...” (Paciente no. 1).

“Quando venho ao grupo fico feliz. Sinto mais vontade de viver, mais motivada para fazer as coisas, me sinto menos sozinha, gosto mais de mim”.(Paciente no. 2).

“Gosto do grupo...eu me identifico com a terapeuta e com as companheiras”.(Paciente no. 3)

“Gosto, curto, o grupo já faz parte da minha agenda. Tenho bom vínculo com os colegas do grupo e com a terapeuta. Quando estou no grupo eu me sinto mais eu, gosto mais de mim, acho-me até egocêntrica”. (Paciente no. 4)

“ Sinto falta quando não venho. Gosto das pessoas que estão no grupo e percebo que elas gostam de mim. O grupo está me ajudando a me ouvir mais e a “desvendar” o que é fantasia e o que é realidade”. (Paciente no. 5)

MELLO FILHO (1989) aponta que:

“ No grupo integrado funcionam intensamente os processos de identificação, e cada vez mais os pacientes se entendem e podem ajudar-se uns aos outros (...). Com o grupo funcionando de modo coeso e harmônico às expensas da matriz grupal, o terapeuta passa a ser o elemento catalisador e auxiliar dos processos terapêuticos, garantindo sempre um bom funcionamento do setting, cujas principais características são: estabilidade e previsibilidade”.

E ainda:

“ O viver compartilhado coloca a todo momento a presença do outro através da fantasia ou de modo concreto. Deste modo, uma “terapia compartilhada”, como o grupo, cria inúmeras situações (...): apoios (holding), estados de fusão ou, ao contrário, de separação, segundo as vicissitudes do processo e o modo de reagir de cada um”.

Alguns exemplos:

“O grupo está me ajudando a mudar para melhor, antes eu tinha medo de tomar iniciativas, medo que meu marido não gostasse (...). No começo eu não gostava do grupo, meu marido que insistia para eu vir, agora eu gosto” (Paciente no 8.).

“As amizades que eu tenho com as pessoas do grupo, por isso que eu venho. Tenho esperanças de “tirar” coisas da mente e voltar a trabalhar. Está voltando a vontade de trabalhar”. (Paciente no 10)

“Eu gosto do grupo, a gente pode falar sobre os problemas, falar do que está bom e o que está ruim com a gente” (Paciente no.11).

“Sinto-me bem no grupo, gosto das pessoas, gosto de conversar, de rir...(Paciente no. 12)

Para WINNICOTT (1975), a psicoterapia se efetua na superposição de duas áreas do brincar: a do paciente a do terapeuta. “Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e destes para as experiências culturais”.

“Tenho me sentido bem no grupo, gosto das pessoas, de estar junto...”(Paciente no.13)

“Estou gostando de conversar no grupo...eu era pessoa que não falava, parece que estou aprendendo o que é a vida”. (Paciente no.15).

“Acho bom porque no grupo eu converso, com outras pessoas não, nem lá em casa, lá eu converso muito pouco”. (Paciente no. 18)

“Gosto de vir, de conversar..”(Paciente no. 22)

A frequência ao grupo por **“obrigação”** , por **“ordem médica”** ou por hábito, também foram citadas, embora os sujeitos tenham acentuado outros fatores que também influenciam na sua permanência nos grupos:

“ Eu venho por obrigação. Sinto falta quando não venho. Gosto de ouvir, de conversar, sinto-me bem no grupo”(Paciente no. 21).

“Venho por. persistência, por insistência médica e pela esperança de adquirir maior controle emocional sobre mim...” (Paciente no. 7)

3.2.6 - Rejeição ao Grupo

A recusa em *ser grupo* surge claramente em relatos de ex-pacientes de grupo que apontam descrenças, desconfianças e desilusões na relação grupal. Incompatibilidades e preferências por atendimento individual ou simplesmente o desinteresse por tratar-se em grupo também foram considerados.

“Não gostei do grupo, fiquei encabulada”. (Paciente no. 1)

Incompatibilidade com outro membro do grupo e **“medo de vazar”** foram citados:

“Havia uma pessoa no grupo que me dava o contra, me deixava nervosa e eu não conseguia falar sobre isso.” Acrescenta: “Tenho vergonha de falar que vou a psicólogo”. (Paciente no. 3)

“Uma mulher lá invocou comigo, tenho cisma, não gostei” (Paciente no. 21)

Dificuldades em estabelecer um vínculo de confiança:

“Eu não consegui confiar, me abrir...se na individual isso já foi difícil, imagine no grupo..”. (Paciente no. 2)

“Eu não confiei, não gostei”. (Paciente no. 10)

O “**medo de vazamento**” de conteúdos da sessão é referido como motivo de interrupção:

“Questão de privacidade, sabe, não queria que minha intimidade se tornasse pública”. (Paciente no. 9)

“Fiquei com medo que comentassem na rua o que falei aqui...” (Paciente no. 12)

Há depoimento que denota **desilusão** com o grupo:

“No fundo, eu não queria grupo. Às vezes a gente não quer saber dos problemas dos outros; gosto de saber de mim” (Paciente no.8).

Outros, mostram **descrença na ajuda do grupo**:

“Não quis falar no grupo porque achei que não ia me ajudar, meu sentimento de culpa era grande” (Paciente no. 7)

“Não senti interesse das outras pessoas pelo meu problema. Não estava resolvendo muito, meu marido implicava. Não surtiu efeito” (Paciente no.16).

A **preferência por atendimento individual** foi citada por diversos pacientes:

“Não me senti bem no grupo, gostava do atendimento individual” (Paciente no. 22)

“Não consegui me envolver com as pessoas do grupo...achava tudo muito estranho, confuso. Tem gente que não se dá com terapia de grupo, precisa mais de individual” (Paciente no 6).

“Eu queria conversar individualmente com a terapeuta” (Paciente no. 7).

A maior parte dos entrevistados interromperam a psicoterapia de grupo nas primeiras sessões. O início de um grupo é difícil, pois:

“O grupo, em sua evolução, repete o desenvolvimento do indivíduo. Em seus primórdios apresenta-se não integrado, é uma soma de partes diferentes, não diretamente relacionadas umas às outras (...) tende a apresentar múltiplas dissociações, como formação de subgrupos, frequentes ausências e saídas, ou seja, partes dissociadas que ficam definitivamente perdidas”. (MELLO FILHO, 1989)

BION (1975) demonstrou que, em suas fases iniciais, os grupos apresentam intensa dependência do terapeuta. Enfatizou, na compreensão deste fenômeno, a idealização da figura do terapeuta como fonte onisciente de todo saber que, por estes atributos, representaria para o grupo, a “salvação” do caos de suas ansiedades.

A partir das contribuições de Winnicott, a dependência do terapeuta passou a ser compreendida não só como reminiscência da fase infantil de dependência absoluta, como também uma consequência de um estágio grupal de não integração e a necessidade de ter alguém que atue acelerando os processos de integração. “É a função ativa do terapeuta nos primórdios de um grupo, como nos demonstrou Foulkes...” (MELLO FILHO, 1989).

A liberdade de escolha:

“Não escolhi terapia de grupo, prefiro individual, acho difícil dividir as coisas íntimas, é diferente na individual” (Paciente no. 10).

“Não quero grupo não, gosto de conversar com o médico e com as enfermeiras”. (Paciente no. 21)

3.2.7 - Outros Motivos

Considerou-se aqui os relatos não pertencentes às categorias já descritas.

Aderido:

“Eu venho porque sinto que posso ajudar os participantes do grupo” (Paciente no. 14)

Abandonador:

“Comecei a trabalhar, não podia faltar ao serviço” (Paciente no. 13)

“Eu tinha sempre que viajar a serviço, estava difícil conciliar horários...” (Paciente no. 19).

DISCUSSÃO

*"Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores..."
(Fernando Pessoa - "Alberto Caeiro")*

*"Todos nós adquirimos, através de nossa educação e desenvolvimento, pré-concepções maciças de modelos, teorias e idéias dos quais temos que gradualmente nos libertar para nos sentirmos livres para receber novas impressões, pensar novos pensamentos e formar novos modelos".
(Meltzer)*

IV - DISCUSSÃO

Iniciada no capítulo precedente, ao se apresentar a análise qualitativa, nossa discussão se volta agora às reflexões suscitadas pelos resultados quantitativos e pelas associações encontradas entre estes dois enfoques.

As pessoas que participaram deste estudo são usuárias de diferentes Unidades de Saúde da Rede Básica de Campinas, e portanto, de diferentes grupos terapêuticos, atendidos por diferentes grupoterapeutas. A utilização do critério de homogeneidade quanto à formação teórico-técnica dos grupoterapeutas restringiu o alcance quantitativo da amostra, privilegiando-se os aspectos qualitativos da pesquisa.

A abrangência de faixa etária (18 a 65 anos); a heterogeneidade de profissões, nível de escolaridade, renda mensal, e a pluralidade de respostas dos pacientes entrevistados, fornecem uma noção da riqueza existente no trabalho com grupos e do alcance social da grupoterapia na saúde pública.

A desproporção entre homens (13.6%) e mulheres (86.4%) na amostra, evidencia um fenômeno que ocorre nos grupos terapêuticos com relação ao gênero. Embora aberto a ambos os sexos, em geral estes grupos se compõe predominantemente por pessoas do sexo feminino.

Anterior às questões que possam se apresentar no âmbito grupal com relação ao gênero, as estatísticas sobre a afluência às primeiras consultas em Saúde Mental na Rede Básica de Campinas registram o índice de 59% do sexo feminino e 41% do sexo masculino (ODA, 1997). Em NETO (1996), o índice é de 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino, nas primeiras consultas de adultos. Esta autora discute a psicodinâmica do fenômeno, ressaltando as diferenças entre o masculino e o feminino em suas evolução normal e patológica e sua abordagem na grupanalise.

Na psicoterapia de grupo, a questão do gênero é um dos elementos levados em conta na configuração de um *setting* grupal: a heterogeneidade sexual é vista pela maioria dos autores como fator de enriquecimento do trabalho de grupo. Porém, tal como assinala LUCHINS (1964), o problema não é apenas de heterogeneidade ou homogeneidade, mas da criação de um grupo capaz de funcionar.

Um dos objetivos do estudo das características sócio-econômico-demográficas dos usuários dos grupos terapêuticos foi confrontar estas variáveis em aderidos e abandonadores do programa, visando o estudo da influência destas variáveis nas adesões e nos abandonos em grupoterapia.

Comparando-se os dados das duas amostras, adesões e abandonos, não se verificou características sociais *específicas* a cada condição, de acordo com resultados estatísticos das análises descritivas. Algumas tendências apontadas não apresentaram consistência para se caracterizar perfis de *aderidos* e *abandonadores*, separadamente.

O estudo permitiu caracterizar o perfil do usuário dos grupos terapêuticos nas Unidades Básicas. Entretanto, algumas ressalvas devem ser feitas, com relação a esta forma de se traçar o *perfil* dos usuários da grupoterapia:

- a primeira é quanto ao tamanho relativamente reduzido da amostra, permitindo-nos apontar tendências e não generalizações. Há que se considerar ainda que 86% dos pacientes entrevistados são usuários de uma única Unidade, o que implicaria levar em conta as influências locais de uma região;
- a segunda é que, ao se descrever o *perfil* do usuário com base nos dados quantitativos *predominantes*, acentuam-se *semelhanças* e excluem-se *diferenças*, com riscos evidentes de empobrecimento do real. A heterogeneidade de idade, escolaridade, profissão, classe social, etc., evidenciada na amostra, tende a ser excluída nesta maneira de sistematizar-se conhecimentos.

O estudo SÓCIO-ECONÔMICO apontou tendências, como a predominância de aderidos dentre os que declararam posse de carro e telefone, o que pode significar que maior facilidade de transporte e comunicação facilitam o acesso aos recursos existentes na comunidade, no caso, à grupoterapia.

Quanto à tendência dos pacientes aderidos declararem renda individual (75%), enquanto abandonadores apresentaram informações sobre renda familiar (57.6%), pode estar indicando uma pista para futuras pesquisas, não sendo objetivo deste estudo a aprofundamento nestas questões.

O fator renda poderia ser um elemento importante nesta análise, pois sabe-se que a condição financeira pode ser um dos fatores geradores de angústias e ansiedades na sociedade capitalista, sobretudo no regime neo-liberal atual, em circunstâncias de recessão e desemprego. Porém, deve-se olhar os dados com cuidado, pois, quando se trata de situação financeira, há um certo constrangimento ou preocupação por parte das pessoas e uma tendência a dar informações vagas ou imprecisas.

Em suma, não foram apresentadas correlações significativas entre as condições sócio-econômicas e adesões ou abandonos. Este pode ser um dado significativo se considerarmos a tendência de alguns autores estudados a atribuir o abandono, ou não aproveitamento da psicoterapia, a condições de classe social.

A associação entre o grau de ESCOLARIDADE e adesão, mostrou que analfabetos (100%) e com primeiro grau (60.9%) estão na amostra de aderidos. É um fator indicativo de que a capacidade de abstração e desenvolvimento de uma capacidade de simbolização não está necessariamente ligada ao nível de instrução.

Um aspecto sempre enfatizado nos meios psicoterápicos é o de que o paciente pertencente a níveis sócio-econômicos menos favorecidos e com pouca escolaridade (como neste estudo) é incapaz de ser beneficiado através do tratamento psicoterápico. Essa constatação feita por GUIMARÃES (1984) é uma questão atual na literatura sobre grupoterapia em instituição. Todavia, baseando-nos em nossa prática e nos dados desta amostra, concordamos com GUIMARÃES (1984):

“Acreditamos que, de fato, o procedimento tradicional que envolve um alto custo e um gasto de tempo semanal elevado, mostra-se inacessível ao paciente de baixa renda. Quanto ao aspecto da pouca escolaridade, acreditamos também não ser empecilho no que se refere aos aspectos envolvidos principalmente na interpretação psicanalítica. Afirmamos que, quando existem problemas de elaboração e simbolização via terapêutica, estes não são prerrogativas de pouca escolaridade e sim de aspectos individuais que transcendem esta variável.” (GUIMARÃES, 1984).

NAVES (1987) acrescenta que a população menos privilegiada aceita normalmente a psicoterapia de grupo, destacando que as resistências estão presentes nestas pessoas, do mesmo modo que em qualquer outro segmento populacional.

A análise dos dados SÓCIO-DEMOGRÁFICOS revelou dados importantes, considerando-se que 71.4% das pessoas que moram a menos tempo em Campinas estão na amostra de abandono, enquanto que na faixa de pessoas que residem em Campinas a mais de 20 anos a maioria (63.6%) são aderidos. Corroborando estes achados, verificou-se que 100.0% dos pacientes entrevistados que estão a menos de 4 anos no Estado de São Paulo abandonaram a grupoterapia.

Estes dados adquirem maior relevância quando cruzados com os resultados da avaliação dos sintomas ansiosos dos pacientes entrevistados, considerando-se que 75% dos pacientes que abandonaram a grupoterapia apresentaram grau elevado de ansiedade.

As correlações entre MIGRAÇÃO/ANSIEDADE/ABANDONO, que se apresentaram na amostra estudada, podem ser melhor compreendidas à luz dos estudos que abordam o conjunto de fenômenos internos, na relação do indivíduo com o meio. VIANA (1978) denomina de “síndrome de migração” o conjunto de manifestações psíquicas e sociais desencadeadas pela mudança de ambiente, onde o fundamental é o distanciamento afetivo indivíduo-meio (perda de “habitat”).

A utilização predominante de defesas maníacas pelos adultos, como recurso para evitar a depressão e as instituições como depositários (VIANA, 1978), fornecem importantes contribuições para a compreensão de aspectos psicodinâmicos e sociais do abandono da grupoterapia.

Tais características de funcionamento mental e tendências a apresentar dificuldades de enraizamento (adesão) provavelmente estão associadas à atitude evitativa a um grupo terapêutico, cujo trabalho estimula o contato com conteúdos internos, inclusive depressivos.

As evasões podem decorrer também de uma indicação inadequada destes pacientes para grupoterapia, pela inobservância de que os quadros agudos de ansiedade e somatizações podem estar sendo incrementados pelas angústias do “desenraizamento”, pelas

dificuldades de se localizar no novo ambiente, pelo desemprego, etc.

Com certa frequência, pacientes comunicam que deixaram de comparecer ao grupo porque arrumaram emprego.

São dados que sugerem a necessidade de se pensar formas de intervenções *na crise* e na prevenção. Grupoterapia de tempo prolongado talvez não seja a modalidade mais indicada para pacientes com estas características. Para VIANA (1978), os grupos operativos bem manejados podem se constituir em um instrumento adaptativo excelente. Pode-se pensar também em modelos de psicoterapia breve grupal dinâmica, conforme apresentado por GUIMARÃES (1992).

O estudo do PERFIL CLÍNICO dos pacientes entrevistados incluiu o levantamento das queixas registradas por ocasião da primeira consulta em saúde mental na Unidade: “nervosismo”, “depressão”, “desânimo, não consigo trabalhar”, “problemas conjugais”, “falta de prazer sexual”, “falta de ar”, “bolo na garganta” e outras queixas somáticas, são as expressões mais frequentemente registradas.

A intensa insatisfação no relacionamento interpessoal e a tendência a atribuir a responsabilidade aos “outros”, ou seja, um acentuado mecanismo de projeção e, conseqüentemente, um grau intenso de sofrimentos caracterizados por ansiedades persecutórias, evidenciaram-se nos relatos sobre os motivos da procura. Manifestações deste tipo são também frequentes no início de uma grupoterapia

A maioria (95.5%) tinha diagnóstico psiquiátrico⁴ de transtornos afetivos e/ou ansiosos, com ocorrência de sintomas há mais de três anos e uso de psicofármacos. Já, 22.7% da amostra relatou experiência de internação em hospital psiquiátrico.

A predominância de transtornos afetivos e ansiosos nesta amostra está em consonância com o que se passa na rede básica como um todo: a prevalência dos Transtornos Neuróticos e Depressivos da clientela atendida pelas equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Campinas foi constatada por ODA (1997)

Tanto a ansiedade como a depressão envolvem a mobilização de uma variedade de mecanismos de defesa para lidar com uma ameaça em potencial, quer física, quer

⁴ Segundo a CID-10.

psicológica. Depressão e ansiedade podem, às vezes, ser indistinguíveis ou ocorrer de modo simultâneo, o que leva a uma dificuldade diagnóstica (BROOK, 1996)⁵.

O termo depressão abrange situações que podem ser bastante distintas entre si. Depressão pode expressar um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Pode expressar quadros curtos ou abruptos com risco de suicídio - como um episódio depressivo grave - ou duradouros e menos intensos - como distímia ou personalidade depressiva. Pode, ainda, representar situações evolutivas de amadurecimento - como a posição depressiva de M. Klein -, ou mesmo reações de perda, como o luto patológico. A explicação para o amplo e variado quadro que existe com a denominação "depressão" é o que se denomina de a equação etiológica, ou seja, de que forma e com que intensidade estes estados depressivos expressam uma etiologia biológica, psicológica ou social (BROFMAN, 1997).

Muitos transtornos de ansiedade e de humor são difíceis de serem tratados de modo psicoterapêutico, mas, contudo, acham-se entre as queixas mais comuns que trazem os pacientes ao tratamento.

O estabelecimento de uma aliança terapêutica firmemente positiva é fundamental no tratamento destes transtornos, uma vez que muitos episódios podem ser precipitados por distúrbios em relacionamentos interpessoais que envolvem uma perda de confiança.

Culpa e vergonha também podem ser percebidas no desencadeamento e decurso dos transtornos (BROOK, 1996). Os casos de abandonos ou fracassos terapêuticos são vividos com dificuldades pelos demais pacientes, especialmente em grupo com deprimidos (BROFMAN, 1997).

Para ZIMERMAN (1993), a grupoterapia se constitui como uma das indicações prioritárias para o tratamento de indivíduos depressivos, desde que o grupo terapêutico esteja composto exclusivamente com este tipo de pacientes. O objetivo deste grupo é oferecer um tratamento combinado, isto é, uma psicoterapia de orientação analítica dirigida

⁵ Cerca de 10% dos homens e 20% das mulheres experimentam pelo menos um episódio de transtorno depressivo em suas vidas; 2 a 4% dos homens e 5 a 9% das mulheres padecem de uma depressão maior, 70 a 80% deles têm recorrências e 40% apresentam mais de três episódios. O risco de novas recorrências aumenta após cada episódio, assim como a gravidade e a frequência dos episódios depressivos; 10 a 20% dos transtornos depressivos tornam-se crônicos e 10 a 20% resultam em morte por suicídio. Transtornos de ansiedade podem alterar 10% da população, e tanto a ansiedade como a depressão podem ocorrer como expressões afetivas, como sintomas, ou como transtornos psicopatológicos em graus variáveis (BROOK, 1996, p.310).

ao *insight* aliada ao uso, quando necessário, de psicofármacos (BROFMAN, 1997).

Em nosso estudo a maioria dos paciente (59.1%) fazia uso de psicofármacos ao iniciar a grupoterapia. O estudo comparativo mostrou que 28.6% dos participantes aderidos que usavam o medicamento deixaram de fazê-lo, enquanto os pacientes que abandonaram a grupoterapia apresentaram um aumento de 10% no uso de medicamentos.

Na entrevista de coleta de dados, quatro pacientes aderidos (40% do total de pacientes computados como fazendo uso de medicação), declararam fazer uso do medicamento “às vezes, quando a angústia aperta”. Segundo BROFMAN (1997), não é infrequente que os próprios pacientes façam indicações corretas para o uso de psicofármacos para si, o que se deve à sua sensibilidade quanto à doença e experiência no uso dos remédios.

A psicoterapia de grupo de orientação psicanalítica associada à intervenção medicamentosa mostra-se eficaz no tratamento de pessoas com depressão (GUIMARÃES [et al.], 1990). No *tratamento combinado*, tudo o que diz respeito ao uso da medicação - tanto os aspectos objetivos quanto psicodinâmicos - são discutidos e examinados dentro do *setting* grupal sempre que necessário ou quando apareça o tema (BROFMAN, 1997). A maneira com que os pacientes discutem o assunto pode ter vários significados: competição, “quebra-gelo”, resistências à psicoterapia, teste de aceitação ou necessidade da doença para sobreviver (MOZEIKA, 1990). Ouvir e trabalhar este material tem um efeito salutar sobre a dinâmica do grupo. Não lidamos com remédios, mas com a experiência pessoal de cada paciente, o que constitui a matéria-prima do nosso trabalho com grupos (CONTEL, 1990).

O objetivo da avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos por ocasião da entrevista de coleta de dados foi a comparação das médias obtidas nas respostas dos entrevistados de cada condição estudada (adesão e abandono).

Verificou-se que a presença de sintomas físicos e psíquicos associados à ansiedade apresenta-se com maior frequência e intensidade entre os pacientes que abandonaram a grupoterapia, em comparação aos aderidos. A média dos escores dos pacientes de abandono foi de 22.36 (DP = 9.80) e a média dos aderidos foi de 17.45 (DP = 8.49).

Existe uma associação válida estatisticamente ($P = 0.12$) entre a pontuação total no

teste de Hamilton e a relação com adesões e abandonos nos grupos terapêuticos, o que permitiu concluir que pacientes que interromperam a psicoterapia de grupo apresentaram um nível de ansiedade mais elevado, segundo a Escala de Avaliação de Hamilton.

Este fato estimula reflexões, tanto no que se refere às possibilidade de diminuição de sintomas dos aderidos através da grupoterapia - como mostrou o estudo comparativo entre grupos tratados e grupos não tratados (GUIMARÃES, 1984) - quanto às questões relativas às dificuldades de se lidar com ansiedades primitivas nos grupos como fator de abandono (SACOMANI, 1995).

A avaliação dos sintomas depressivos através do IDB mostrou que, para os 44 pacientes examinados, os resultados variam entre a completa ausência e a presença intensa dos sintomas indicadores de depressão. Da comparação entre as amostras adesões e abandonos, concluiu-se que não se observa diferenças estatísticas por análise de variância.

As pesquisas que empregam o IDB utilizam diferentes pontos de corte para designar o nível de depressão. ROSA ET AL. (1986), num trabalho de adaptação e padronização do IDB com 635 sujeitos adultos, encontrou uma média de 10.26 e desvio padrão de 9.71 e considerou como ponto de corte para depressão, o escore 19.

Não seria possível estabelecer um ponto de corte numa amostra reduzida como a do nosso estudo, mas pode-se apontar a presença de pessoas não deprimidas e pessoas com depressão leve, moderada e grave nos grupos, posto que os escores individuais apresentaram variação de zero a trinta e nove pontos.

Os resultados do estudo da depressão e ansiedade nesta amostra conduz-nos a reflexões sobre a importância de se conhecer as ansiedades básicas - tipo paranóide e depressivo - no trabalho com grupos.

Ansiedade, defesas e identificações são três aspectos que se constituem como a coluna-mestra na formação dos processos inconscientes que gravitam no campo grupal, de acordo com as conceituações da teoria psicanalítica. ZIMERMAN (1993) destacou os estados de ansiedade mais essenciais e típicos, ressaltando no campo grupal certo grau de ansiedade é terapêuticamente útil e que muitas vezes a ansiedade somente se manifesta indiretamente, através de somatizações e *actings*, por exemplo.

Um vértice de classificação dos tipos de ansiedade, baseado nas descobertas de Melanie Klein, leva em conta os conflitos entre as inatas pulsões agressivas - representadas pelas fantasias inconscientes - e os primitivos recursos defensivos do ego: **ansiedade paranóide** (temor de ataque ao ego); **ansiedade depressiva** (temor de destruição dos objetos) e **ansiedade confusional** (momentos de transição entre as duas anteriores).

Para BION (1975), a posição central da dinâmica de grupo é ocupada pelos mecanismos mais primitivos que Melanie Klein descreveu como peculiares às posições paranóide-esquizóide e depressivas(...) “Na verdade, acho que essas **ansiedades primitivas** encerram as últimas fontes de todo o comportamento de grupo”.

É preciso discriminar a ansiedade que favorece a autopreservação e a criatividade, daquela que paralisa ou leva a evitar situações novas, impedindo o desenvolvimento; num grupo os próprios pacientes auxiliam-se reciprocamente nesta discriminação (SVARTMAM, 1997).

Na psicoterapia de grupo ocorrem certas interações dinâmicas que podem ser de particular benefício para os que sofrem de transtornos de ansiedade e de humor. Elas incluem (1) a **universalização**, ou seja, a percepção de que outras pessoas podem ter dificuldades e sentimentos semelhantes; (2) a observação dos outros, que pode resultar em imitação e identificação, intensificando a capacidade de **observar-se as próprias reações**; (3) **altruísmo, auto-estima**; (4) **coesão de grupo**; (5) **teste de realidade**; (6) **apoio mútuo**; (7) **identificação projetiva**; (8) **espelhamento**; (9) **reações transferenciais múltiplas**; (10) **diluição da transferência** (BROOK, 1996).

Não há dúvidas quanto à utilidade da grupoterapia para a população que recorre aos serviços das Unidades Básicas. Mesmo para os pacientes que permanecem por curto período de tempo e que em geral são computados em nossas estatísticas como “abandono”, muitos demonstram ter se beneficiado, até mesmo encaminhando familiares e/ou vizinhos (BOLOGNA & GUIMARÃES, 1997).

O que se destacou em nosso estudo foi a necessidade de se *acrescentar* outras formas de abordagens grupais, com objetivos e tempo delimitados. Esta perspectiva deve levar em consideração: (a) os problemas emergentes de um número significativo de

migrados; (b) as características de um funcionamento mental cristalizado e impeditivo da percepção da unicidade mente-corpo-ambiente, observado na maioria dos pacientes atendidos pela saúde mental. A partir destas abordagens, pessoas que demonstrem interesse e motivação pela continuidade da grupoterapia, podem ser encaminhadas aos grupos de tempo prolongado.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

*"O real não está na saída e nem na chegada, ele se
dispõe para a gente é no meio da travessia".*

(Guimarães Rosa)

V- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a discutir a questão das adesões e abandonos na psicoterapia analítica de grupo em Unidades Básicas de Saúde. Partiu-se da constatação de um alto índice de abandonos de pacientes quando da formação dos primeiros grupos, indagando-se os fatores predisponentes, tanto das permanências quanto das interrupções. Examinou-se o tema na literatura e buscou-se contextualizar a saúde mental e a grupoterapia na Rede Básica. Como contribuição específica para este estudo, constituiu-se duas amostras - uma composta por pacientes aderidos e a outra por pacientes que abandonaram a grupoterapia - investigando-se as características sociais, clínicas e as particularidades dos discursos dos pacientes sobre suas motivações para continuidade ou interrupção da grupoterapia.

Os resultados obtidos desta investigação exploratória mostraram que:

- O Perfil Social e Clínico dos pacientes estudados (aderidos e “abandonadores”) permitiu caracterizar o perfil do usuário dos grupos nestas Unidades Básicas, de acordo com os seguintes *traços predominantes*:

- O usuário da grupoterapia é predominantemente do sexo feminino, casado, idade média de 38 anos, possui escolaridade de primeiro grau, atividades profissionais predominantemente domésticas, com vínculo empregatício formal. Apresenta baixo poder aquisitivo, renda mensal na faixa de três salários mínimos. Mora em casa de alvenaria, não possui carro nem telefone. É migrado da região ou de outros Estados do País. Apresenta transtornos afetivos e/ou ansiosos há mais de três anos e faz uso de psicofármacos. Já buscou ajuda alternativa, principalmente religiosa, e sentiu-se pouco ajudado.

O estudo comparativo entre adesão e abandono permitiu concluir que:

- Aderidos permanecem até três anos e demonstram beneficiar-se; interrupções ocorrem com maior frequência nas primeiras sessões;
- Os pacientes que interromperam a grupoterapia apresentaram grau de ansiedade mais elevado do que os pacientes aderidos ao grupo terapêutico;
- Evidenciaram-se correlações entre migração/ansiedade e abandono, concluindo-se que as

peessoas com história de migração recente em suas vidas apresentam maior propensão aos sintomas ansiosos e ao abandono da grupoterapia.

- Pacientes aderidos à grupoterapia apresentaram diminuição e/ou eliminação do uso de psicofármacos; dentre os pacientes que interromperam a grupoterapia, observou-se um aumento no uso de psicofármacos.

Quanto à análise dos motivos de permanência relatados pelos participantes dos grupos, pode-se apontar que os motivos referidos pelos pacientes aderidos para a continuidade da grupoterapia foram diversos, desde o alívio pela diminuição ou supressão de sintomas, à percepção de desenvolvimento de uma capacidade de pensar.

Quanto aos motivos dos abandonos, destacaram-se as dificuldades de comunicação e a rejeição ao grupo. É importante salientar que haviam pacientes que não se consideravam “abandonadores”, interrompendo a grupoterapia devida a melhora sintomática e/ou para trabalhar.

As conclusões obtidas neste trabalho apontam para as seguintes reflexões:

- Nosso estudo permitiu visualizar um tipo de *perfil de grupo* que, na literatura vem se delineando como *grupo com pacientes ansiosos e deprimidos*, ou *grupo com deprimidos* (grupos homogêneos). Particularmente, e até o momento, não creio que estas categorizações sejam fundamentais ao trabalho com grupos.
- É fundamental que possamos pensar em formas de abordagens grupais que contemplem as necessidades da população que recorre aos serviços das UBS. Isto implica em considerar os aspectos *preventivos* e uma maior participação do grupoterapeuta nos diversas abordagens: com pacientes da G.O., Odonto, Enfermagem e Clínica Médica, experiências já iniciadas em algumas Unidades.
- Ao discutir-se aspectos da técnica do trabalho com grupos é fundamental que o grupoterapeuta tenha clareza quanto aos objetivos e manejo dos níveis *pedagógicos*, *operativos* e *analíticos* nos diversos momentos e abordagens grupais.
- Para além das questões técnicas, é importante que o grupoterapeuta acredite e goste de grupos. Um grau razoável de tolerância é imprescindível, principalmente com as questões

estruturais do *setting* grupal, devido ao espaço físico reduzido das UBS. O bom entrosamento com a equipe geral da Unidade favorece iniciativas de trabalhos multidisciplinares, beneficiam a população e propiciam realizações aos profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão bibliográfica, primeiro vértice utilizado para nos aproximarmos das questões estudadas, permitiu-nos concluir que os saberes que fundamentam as práticas grupais são vastos e diversificados, demandando necessidade de treinamento específico e boa dose de acuidade mental do grupoterapeuta, para que se possa utilizar adequadamente as teorias, sem se confundir com elas. Além do curso de formação, composto por módulos teóricos, análise pessoal e supervisões de sua prática clínica com grupos, o desenvolvimento profissional implica “(...) no compromisso de suportar o desconforto e sofrimento de aprender experimentando” (VIANA, 1997).

Neste sentido, a experiência de investigar grupos “do lado de fora” e não a partir da observação da psicodinâmica grupal e na função de grupoterapeuta na qual somos treinados, provocou desconfortos, mas permitiu constatações importantes.

A princípio, o desconforto experimentado com relação à opção metodológica adotada neste estudo, levou a indagação de se havia diferença entre pacientes que abandonam a grupoterapia e o grupoterapeuta que “abandona” o material produzido pelos grupos durante as sessões, dedicando-se à busca de dados em outros espaços. Ao refletir sobre esta questão pode-se perceber aspectos da psicodinâmica do “abandonador” que ilustram a complexidade dos fenômenos grupais e das nossas escolhas.

Caso o grupoterapeuta analítico tenha disposição para investigar os fenômenos que gravitam no campo grupal para identificar as motivações de adesões e de abandonos a partir do material produzido *nos grupos*, ele certamente vivenciará o que BLAY (1993), em 1968, denominou de *escotomização das fantasias grupais*. Isto é, o terapeuta pode deixar de tomar conhecimento de fantasias grupais por motivos como: idéias pré-concebidas, sentimento de ameaça por elas serem desconhecidas; pode impedir o surgimento delas rotulando manifestações do grupo, entre outras.

Em outras palavras, o risco de *viézes* seria maior e mais difícil de controlar se utilizássemos somente material de sessão de grupo nesta pesquisa.

Analisar os fatores externos do grupo - tanto no sentido de desempenhar uma *função de pesquisador*, como no sentido de *não fazer parte do grupo*, e ainda, não a partir do *acontecer grupal* - traz-nos a ilusão de estarmos protegidos das *ameaças* descritas nos trabalhos de BLAY (1993), da inevitabilidade da *valência* ou participação nos pressupostos básicos (BION, 1975), e de dificuldades de acesso ao testemunho contratransferencial (DINIS, 1996).

Nossos limites para lidar com fatores tão complexos (como as motivações inconscientes) que permeiam a psicodinâmica grupal influenciaram na escolha dos métodos de investigação adotados neste estudo. Este fato não invalida o método utilizado e os resultados encontrados e são utilizados aqui no intuito de ressaltar aspectos psicodinâmicos da *ansiedade* - motivadora de abandonos, mas também propiciadora de indagações, buscas, e novos questionamentos. Pois, se para o terapeuta experiente, a ocorrência de *defesas* faz parte do processo do *acontecer grupal*, o que diríamos dos participantes dos grupos?

Assim, a busca dos fatores externos, como características sócio-econômicas, etc., como explicativas para abandonos de psicoterapia, pode ser uma maneira de nos distanciarmos daquilo que realmente acontece nos grupos: convivência humana, surgimento de amor, ódio, inveja, gratidão, crenças, mitos, etc. As possibilidades e dificuldades, ora de aproximar-se, ora de retrair-se dessas emocionalidades, fazem parte do viver humano. A função do grupo de pretensão analítica é promover a aproximação.

Para concluir, sugere-se que uma compreensão das motivações mais profundas do abandono da grupoterapia assentar-se-ia em estudos sobre *impasses* e *conluos terapêuticos*, ainda escassos na área da grupoterapia analítica.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, G. & GUITTET, A.- O inconsciente nos grupos. In:_____ **A dinâmica da comunicação nos grupos**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978: p.142-143.
- AMARO, J.W.F. - **Contribuição para o estudo dos abandonos na psicoterapia de grupo**. São Paulo, 1972 [Tese-doutorado, Universidade de São Paulo]
- ANZIEU, D. - **El grupo y el inconsciente: o imaginário grupal**. 2a. Ed., Trad. Sofia Vidaurrazago, Madri, Nueva Bibl., 1986.
- ARAÚJO, M.A.R. - **A psicoterapia na rede pública: um estudo exploratório no município de Campinas**. Campinas, 1997 [Dissertação-mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas].
- ARRUDA, S.L.S. - **Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia**. Campinas, 1991. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas]
- ÁVILA, L.A. - Clínica psicossomática. In: _____. **Doenças do corpo e doenças da alma**. São Paulo, Escuta, 1996: p.131-210.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B. F. & EMERY, G. **Cognitive Therapy of Depression**. New York, The Guilford Press, 1979.

- BAKER, M.N. - Psicologia do *self* e psicoterapia de grupo .In: KAPLAN,H.I & SADOCK, B.J.(org.) - **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3a. ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 1996: B.6 p.148-155.
- BAULEO, A. - **Notas de psicologia e psiquiatria social**. Trad. de Máira Tanis, São Paulo. Escuta, 1988: 135p.
- BERNNARD, M. - **Problemas e especificidades del encuadre grupal psicanalítico**. In: Rev. de Psic. e Psicot. de Grupo.Tomo XV, 2: 37-47, Buenos Aires,1992.
- BERNNARD, M.; CAO, M.; EDELMAN, L.; INDA, N.; KORDON, D.; L'HOSTE, M.; SEDLER,P.; SEGOVIANO, M.; ZADUNAISKY, A. - **Los problemas de la modificacion del encuadre**. In: Rev. FLAPAG, XII : 253-258, 1996.
- BERSTEIN, M. - Contribuições de Pichon-Rivière à psicoterapia de grupo. In: OSÓRIO, L.C. et al.- **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986: p.108-140.
- BETTARELLO, S.V. - Comentários sobre o artigo: a instituição psiquiátrica, a equipe multidisciplinar e a sua matriz perversa - de Marcelo Alexandre Russo. In: Rev. **ABPAG**, Vol. 3 (1991-1994): p.68-70. Ed. Paulista, Ribeirão Preto, 1996.
- BEZERRA, B.J. -Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental In: TUNDIS, S.A.C. & COSTA, N.R. (orgs.) - **Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1987: p.133-169.

- BION, W.R. - **Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo**. 2a. ed., Imago e Edusp, 1975: 185p.
- BION, W.R. - **Conversando com Bion/W.R.Bion**. Tradução de Paulo César Sandler. Rio de Janeiro, Imago, 1992: 244p.
- BISKER, J. - Aplicações da psicologia do *self* à psicoterapia analítica de grupo. In: OSÓRIO, LC. [et al.]- **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986: p.98-107.
- BLAY, B.N. - **Escotomização das Fantasias Grupais**. In: Rev. P.A.G. (SPAG-CAMP). Campinas, 1993. Vol. 1, n. 1: 7-14.
- BLEGER, J. - **Psico-higiene e psicologia institucional**. 3a. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992: 138 p.
- BLEGER, J. - **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 5a. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1991: 113p.
- BLEGER, J. - O problema metodológico em psicologia. In: **Psicologia da Conduta**. 2a. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, p.155-170.
- BOLOGNA, D.- **Experiências com grupos em centro de saúde: fantasias de ruptura e ilusão grupal**. Trabalho de conclusão do curso de psicoterapia analítica de grupo. Campinas, SPAG-CAMP, 1993: 43p.

- BOLOGNA & GUIMARÃES, L.A.M. - Vínculos efêmeros na clínica grupal: Alguns benefícios. In: II CONGRESSO DE PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES, I ENCONTRO PAULISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. **Temas Livres**. Serra Negra, 1997.
- BROFMAN, G. - Grupo com Deprimidos. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. ET AL. - **Como trabalhamos com grupos** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997: p.241-247.
- BROOK, D.W. - Psicoterapia de grupo com transtornos de ansiedade e do humor. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) - **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3a. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p.310-326.
- CARDIOLI, A.V. - Avaliação de pacientes em psicoterapia de orientação analítica. In: ELZIRIK, C.; AGUIAR, R.; SCHESTATSKY, S. - **Psicoterapia de orientação analítica: teoria e prática**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989: p.49-61.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições e Diretrizes Diagnósticas** - Coord. Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1993.
- CONTEL, J.O.B. - Psicoterapia de grupo e farmacoterapia. In: VI JORNADA PAULISTA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. Águas de Lindóia, SP, 1990. **Mesa redonda** (mimeografado).

COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL – Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental.
São Paulo. Arquivos. V. 18. No. Especial, 1983, 42p.

COSTA, J.F. - Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. 2a. ed. Rio de Janeiro, Campus, 1989: 175p.

COSTA, J.F. - A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. Cad. do IMS. Rio, IMS/UERJ, 1(1): 4-45, 1987.

CORTESÃO, E.L. - Grupanálise: teoria e técnica. Lisboa, Fundação Gulbenkian, 1989.

DE MARÉ, P.B. - Perspectivas em psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro, Imago, 1974: 214p.

DINIS, C.V. - O conflito na contratransferência. Desejo e violência. In : Rev. **ABPAG** , Vol.3 (1991-1994) Ed. Paulista, Ribeirão Preto, 1996 : p.39-47.

DITTMAR, W.H. - Esquizofrenia e Ansiedade - um estudo clínico sobre a ansiedade em pacientes esquizofrênicos. Campinas, 1997. [Tese-doutorado, Universidade Estadual de Campinas].

- FERNANDES, J.W. - Articulação vínculo-fantasia inconsciente. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE GRUPANÁLISE E PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. II ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL. I CONGRESSO DE PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES. Guarujá, 1995. **Anais** Guarujá, São Paulo, 1995. Vol. 1, p.288-290.
- FERNANDES, J.W. - Experiência de três anos e meio com psicoterapia de grupo em instituição. In: ENCONTRO NACIONAL DE GRUPOTERAPIA. ABPAG. **Temas Livres**. Caxambu, Maio, 1985 (mimeografado).
- FERNANDES, J.W. - Cinco anos de psicoterapia analítica de grupo em instituição. In: ENCONTRO PAULISTA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. **Temas livres**. Águas de Lindóia, Junho, 1986 (mimeografado).
- FERREIRA, A.B.H. - **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2a. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986, 1838p.
- FERREIRA, A.G. - O movimento grupanalítico em Portugal e no mundo e as tendências de sua evolução futura. **Rev. da ABPAG**, 5: 40-52, 1996.
- FOULKES, S.H. - **Group analytic psychotherapy: methods and principles**. Gordon & Breach, London, 1975.
- FOULKES, S.H. & ANTHONY, E.J. - **Psicoterapia de grupo: a abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro, Trad. Pontual, 1967: 377p.

- FREUD, S. (1910) - **As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica.** In: Obras completas de S.Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 11 : p.127-157.
- FREUD, S. (1913) - **Totem e Tabu.** In: Obras completas de S.Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 13: p.13-194.
- FREUD, S. (1914) - **Sobre o narcisismo: uma introdução.** In: Obras completas de S. Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 14: p.85-119.
- FREUD, S. (1917) - **Luto e Melancolia.** In: Obras completas de S.Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 14: p.271-291.
- FREUD, S.(1921) **Psicologia de grupo e a análise do ego.** In: Obras completas de S.Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 18: p.89-179.
- FREUD, S.(1927) - **O futuro de uma ilusão.** In: Obras completas de S.Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol.21: p.15-71.
- FREUD, S.(1930) - **O mal-estar na civilização.** In: Obras completas de S. Freud. Rio de Janeiro, Standard Brasileira, Imago, 1974. Vol. 21: p.81-171.
- GRINBERG, L.; LANGER,M.; RODRIGUÉ,E. - **Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1976: 262p.

- GROTJAHN, M. - **A arte e a técnica da terapia analítica de grupo**. Rio de Janeiro, Imago, 1983: 258p.
- GUIMARÃES, L.A.M. - **Os efeitos da psicoterapia de grupo de orientação analítica com pacientes portadores de cefaléia tensional**. São Bernardo do Campo, 1984 [Tese-mestrado, Instituto Metodista de Ensino Superior].
- GUIMARÃES, L.A.M. - O ensino da psicoterapia de grupo a médicos residentes de psiquiatria. In: **Arq. Saúde Mental - Est. de São Paulo**, vols. XLVII a LII (54-61) 1988/93.
- GUIMARÃES, L.A.M.; DOMINGUES, M.L.; THEBALDI, B. - A psicoterapia de grupo de orientação analítica no tratamento da depressão. **J.Bras. Psiq.** **39(6)**: 297-300, 1990.
- GUIMARÃES, L.A.M. - Psicoterapia breve grupal dinâmica: contribuições para a prática institucional. In: **Rev. GRUPAL/FLAPAG**, **2** :51-59, 1992.
- GUIMARÃES, L. A. M. et al. - A situação de formação e assistência em psicoterapia de grupo, na cidade de Campinas, SP, Brasil: um estudo preliminar. **Anais. XI CONGRESSO LATINOAMERICANO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO**, Buenos Aires, FLAPAG, 1994.
- HAEITMANN, L. - **Psicoterapias em serviços públicos ambulatoriais de saúde mental - Uma revisão**. Campinas, 1992. [Tese-Mestrado, Universidade Estadual de Campinas].

- HAMILTON, M. - The assessment of Anxiety States by Rating. - **British Journal of Medical Psychology**, 32, 50-55, 1959.
- HORWITZ, L. - Modelos de psicoterapia de grupo centrados no grupo. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) - **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p.132-139.
- KAËS, R. - **El aparato psíquico grupal: constituciones de grupo**. Trad. Hugo Acevedo, Granica, Barcelona, 1977: 335p.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- KIBEL, H.D. - Teoria das relações objetais e psicoterapia de grupo. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J.(orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p.139-147.
- KLEIN, M. - Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos-depressivos. In: **Contribuições à Psicanálise**, São Paulo, Ed. Mestre Jou, 1970, p. 355-388.
- KLEIN, M. - **Contribuições à psicanálise**. 2.ed., São Paulo, Ed.Mestre Jou, 1981.
- KUTASH, I.L.; WOLF,A. - Psicanálise em grupos. In: KAPLAN H.I. & SADOCK, B.J., (orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p.108-117.

LUCHINS, A.S. - **Psicoterapia de grupo: um guia.** Ed. Cultrix, São Paulo, 1964: 164p.

MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. - **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** Ed. Moraes-EDUC, São Paulo, 1989: 110p.

MELLO FILHO, J. - Prefácio. In: OLIVEIRA JÚNIOR [et al.] **Grupoterapia: teoria e prática.** Campinas, SPAG-CAMP, 1997: p.13-31.

MELLO FILHO, J. - Psicoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. et al ; **Como trabalhamos com grupos.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1997: p.185-204.

MINAYO, M.C.S. ; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. - **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 3.ed. Petrópolis, Vozes, 1994: 80p.

MOZEIKA, S. - Psicoterapia de Grupo e Farmacoterapia - In: VI JORNADA DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. **Tema Livre.** Águas de Lindóia, SP, 1990 (mimeografado).

NAVES, M.B.; RIBEIRO, R.P.; BECKER, C.S. - A introdução da psicoterapia analítica de grupo em instituições públicas. In: **Boletim de Saúde Mental/SMS,** Campinas, 1984, 1: 88-97.

NAVES, M.B. - O alcance social da psicoterapia analítica de grupo. In: III Jornada da SPPAG. Águas de Lindóia, 1987 (mimeografado).

NEME, C.M.B. - **O estudo da variável “congruência S-R” na interação clínica inicial e o abandono prematuro da terapia.** [Projeto de Tese-Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Campinas-SP, 1980.

NETO, I.M. - O masculino e o feminino. -**Rev ABPAG, 5:** 30-38, 1996.

NORUSIS, M. J. – **SPSS Inc.**, Chicago, EUA, 1992.

ODA, A.M.G.R. & DALGALARRONDO, P. - Modelo assistencial em saúde mental e perfil da clientela. In: XV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, Brasília, 1997. **Pôster.** (mimeografado).

OLIVEIRA, N.M.F. - **Psicoterapia analítica de grupo - seu processo evolutivo.** In: **Rev. ABPAG.** Vol. **06:** 12-16. 1997.

OSÓRIO, L.C. - Grupoterapia analítica: avaliação dos resultados em 25 anos (1970-1995) de experiência. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE GRUPANÁLISE E PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. II ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL. I CONGRESSO DE PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES. Guarujá, 1995. **Anais.** Guarujá, 1995. v.1, p.187-89.

PEGUIN, R.C. - **Psicoterapia de Grupo: fatores facilitadores.** In: **Rev. Reflexões,** no.10 : 13-15. São Paulo, 1991.

- PICHON-RIVIÈRE, E. - **O processo grupal**. 3.ed., São Paulo, Martins Fontes, 1988: 181p.
- PICHON-RIVIÈRE, E. - **Teoria do Vínculo**. 5. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1995: 143p.
- PINES, M.; HEARST, L.E. - Análise de grupo. In KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p.124-132.
- REGO, B.F.D.F. - **Motivos de abandono precoce da psicoterapia em uma clínica universitária: interpretação a partir do relato de ex-pacientes adultos**. Campinas, 1989. [Tese-Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas].
- RIBEIRO, J.P. - **Psicoterapia grupo-analítica. Abordagem froukiana: teoria e técnica**. Petrópolis, Vozes, 1981: 173p.
- ROSA, J. T.; MALANDRIN, M. A.; LEITE, E. C. & SILVA, J.C.V.V.V. - **Um estudo sobre a validação do Inventário de Depressão de Beck**. Relato de Pesquisa. Anais do Congresso da Sociedade Interamericana de Psicologia, Caracas (Venezuela), 1986.
- RUTAN, J. - Psicoterapia psicanalítica de grupo. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p. 118-123.

SACOMANI, E.J. - Considerações sobre técnica de grupoterapia em instituições. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE GRUPANÁLISE E PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO. II ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL. I CONGRESSO DE PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES. Guarujá, 1995. **Anais**. Guarujá, 1995. Vol. 1, p.266-268.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. GEPRO de Saúde Mental. São Paulo - **Roteiro para Implantação da Equipe de Saúde Mental em Centro de Saúde**. São Paulo, 1989. 8p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Primeiro Documento Saúde Mental** Campinas, 1991 7p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Segundo Documento. Saúde Mental**. Campinas, 1991. 15p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Relatório do Seminário de Saúde Mental realizado em 03.09.93**. Campinas, 1993: 4p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL Campinas - **A atenção em saúde mental em Campinas**, 1993: 22p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **O modelo de atenção em Saúde mental**, 1994.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Campinas - III Conferência Municipal de Saúde: **Grupo de Trabalho. Comissão Interinstitucional de Saúde Mental.** Campinas, 1994: 5p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Painel de Saúde Mental de Campinas.** Campinas, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Saúde Mental, Recursos Disponíveis. Atualização.** Campinas, abril de 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas. DID-Coordenadoria de Epidemiologia: **Morbidade da clientela atendida nos serviços ambulatoriais e CAPS.** Campinas, 1996 25p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Seminário de Saúde Mental: Diretrizes Operacionais.** Campinas, 1995 11p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campinas - **Seminário de Saúde Mental: Diretrizes Operacionais.** Campinas, 1997, 13p.

SCHEIDLINGER, S. - História da psicoterapia de grupo. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p. 6 - 12.

SILVA, L.A.P.M. - Contribuições de Bion à Psicoterapia de Grupo. In OSÓRIO, L.C. [et al] - **Grupoterapia Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1986: p.57-63.

- SUSEMIHL, I.V.K.P. - O grupo de psicoterapia analítica na instituição ou a instituição no grupo de psicoterapia analítica. Rev. **ABPAG**, 1989, ano 1, 2: 88-94.
- SVARTMAN, B. - A abordagem vincular da ansiedade e a psicoterapia analítica de grupo. In: II CONGRESSO DE PSICANÁLISE DAS CONFIGURAÇÕES VINCULARES. I ENCONTRO PAULISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. Serra Negra, 1997. **Anais**. Serra Negra-SP, 1997, vol. 1, p.93-95.
- TERZIS, A.I. - Dimensões teóricas e técnicas da grupanálise. In: OLIVEIRA JÚNIOR [et al] - **Grupoterapia: teoria e prática**. SPAG-CAMP. Campinas, 1997: p.245-271.
- TERZIS, A.I. & OLIVEIRA, H. C. - O grupo de crianças pré-escolares: a realização do desejo de ser adulto. Rev. **PAG (SPAG-CAMP)**, vol. 1, 1, Campinas, 1993: 15-26.
- TRIVIÑOS, A.N.S. - **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Ática, 1987, 175p.
- TUBERT-OKLANDER, J. & CHAMPION-CASTRO, G.A. - Grupoterapia Analítica. In: OSÓRIO, L.C. [et al] - **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986, p.142-160.
- WINNICOTT, D.W. - **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago, 1975: 203p.
- VIANA, W. - **Síndrome de Migração: fundamentos psicanalíticos, sociológicos e terapêuticos**. IPROSAM Ed., Campinas, 1978 : 104p.

- VIANA, W. - **Plano de assistência de saúde psicossomática comunitária.** In: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Campinas, 1993: 12p.
- VIANA, W. - Algumas noções sobre o ensino da prática clínica em grupanálise. In: OLIVEIRA JÚNIOR [et al] - **Grupoterapia: teoria e prática.** SPAG-CAMP, Campinas, 1997, p.273-287.
- VINOGRADOV, S. & YALOM, I.D. - **Concise guide to group psychotherapy.** American Psychiatric Press, Inc., Washington, 1989. 169p.
- YALOM, I.D. - **The theory and practice of group psychotherapy.** 3.ed. Basic Books, Nova York, 1985.
- YALOM, V. & VINOGRADOV, S. - Psicoterapia interpessoal de grupo. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (orgs.) **Compêndio de psicoterapia de grupo.** 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996: p. 156 - 164.
- ZIMERMAN, D.E. - **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 182p.
- ZIMERMAN, D.E.- O trabalho com grupos. In: _____ - **BION, da teoria à prática.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, p.71-78.
- ZIMERMAN, D.E. - Vínculos e fantasias inconscientes. Rev. **ABPAG**, Vol. **04**: 127-140, 1995.

ZIMERMAN, D. E. & OSÓRIO, L. C. [et al] - **Como trabalhamos com grupos.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1997, 424 p.

ZIMMERMANN, D. - **Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo.** São Paulo, Mestre Jou, 1971. 366p.

ANEXOS

ANEXO 1

ENTREVISTA -CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO- PABI-AA/1998

Unidade:
Entrevistador:

Data:

I - Identificação do paciente

Nome.....Matrícula.....
Sexo ___ (1-masc.;2-fem.) Data nasc ___/___/___ Idade: _____
Grau de instrução ___ (1-analfabeto; 2-1o.grau; 3-2o.grau; 4-superior)
Endereço.....

II- Dados Complementares

Cor ___ (1-branca; 2-parda; 3-amarela)
Estado Civil ___ (1-casado/amasiado; 2-solteiro; 3-separado/divorciado; 4-viúvo)
Naturalidade (cidade)Estado.....
Profissão.....Atividade ___ (1-ativo; 2-ativo, mas irregular; 3-inativo)
Vínculo empregatício ___ (1-formal; 2-informal; 3-autônomo; 4-desempregado; 5-proprietário;
6-aposentado por idade ou tempo de serviço; 7-aposentado por invalidez; 8-afastado por doença;
9-dona de casa; 10-dependente dos pais/responsáveis; 11-outros).
Escolaridade ___/___ anos de sucesso ___/___ anos de insucesso
Religião ___ ___/___ frequência mensal
2a. Religião ___ ___/___ frequência mensal
(1-nenhuma; 2-católica; 3-assembleia de Deus; 4-congregação cristã; 5-outra pentecostal;
protestante tradicional; 7-espírita Kardecista; 8-umbanda/candomblé; 9-testemunha de Jeová;
10-seicho-no-iê; 11-outras)

III - Indicadores de Classe Social

Tipo de moradia ___ (1-alvenaria; 2-madeira pavimentada; 3-madeira e piso de terra)
Tipo propriedade ___ (1-casa própria; 2-alugada; 3-emprestada; 4-irregular)
Tem carro? ___ (1-sim; 2-não)
Tem telefone? ___ (1-sim; 2-não)
Número de cômodos da casa _____
Número de moradores na casa _____
Renda mensal (em salários mínimos) _____ (1-individual; 2-familiar)

IV - Indicadores de Migração

Reside em Campinas há ___ e no Estado de São Paulo há ___ (d-dias; m-meses; a-anos)

V - Caracterização do Atendimento da Saúde Mental

Queixa inicial
(principal).....
.....
.....

Examinador ____ (1-psiquiatra; 2-psicólogo; 3-assist.social; 4-T.O.; 5-enfermeiro; 6-outros)
Encaminhado por ____ (1-procura espontânea; 2-PS-Unicamp; PS-PUCC; 4-próprio C.S.; 5-outra unidade; 6-egresso internação; 7-consultório; 8-outros; 9-prejudicado)
Se encaminhado pelo próprio C.S. - especialidade ____ (1-clínica médica;2-ginecologia;3-pediatria; 4-enfermagem; 5-outros)

VI - História da Doença/Internações

Tempo início sintomas Tempo 1o. atendimento saúde mental.....
Faz uso de psicofármacos?..... (1-sim; 2-não) Se sim, há quanto tempo?.....
Faz outro tipo de acompanhamento médico?(1-sim, 2-não). Sem sim, qual?.....
Procurou ajuda não médica.....(1-não; 2-benezedeira; 3-padre; 4-pastor; 5-centro espírita; 6-umbanda; 7- outro. Se sim, resultado da ajuda(1-muito ruim; 2-ruim; 3-nada mudou; 4 -ajudou pouco;5-ajudou muito)
Internações psiquiátricas.....(1-sim; 2-não) Se sim, número de internações

VII - Hipóteses Diagnósticas de acordo com os critérios da CID-10

Diagnóstico principal.....cód.....
Diag. clínico(1-sim; 2-não) Se sim, qual?.....cód.....
Medicação.....(1-sim; 2-não) 1-mg/dia
2-mg/dia

Observações adicionais.....
.....

ANEXO 2

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

PROJETO: Estudo sobre Adesões e Abandonos na Psicoterapia Analítica de Grupo em Instituição

RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Dirce Bologna

PACIENTE:

Nome.....Matrícula.....

Rg : Idade:

End.....

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O paciente tem o direito a se negar em participar da pesquisa, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento por parte da equipe desta Unidade de Saúde;

- Poderá também desistir da entrevista a qualquer momento que julgar necessário, mesmo que esta já tenha se iniciado;

- As informações são confidenciais, desse modo sua privacidade e identificação serão preservadas na conclusão deste estudo;

- Para qualquer tipo de reclamação a respeito da pesquisa, entrar em contato com a gerência da Unidade de Saúde de Barão Geraldo (Telefone 239-9691).

DATA ___/___/199__

PACIENTE

PESQUISADOR

ANEXO 4

ROTEIRO DE PESQUISA DOS MOTIVOS DE ABANDONO

NOME:

Unidade

Profissional:

Data:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Que motivo(s) o (a) levou a procurar tratamento neste Centro de Saúde?

.....
.....

2- Qual foi sua reação ante a indicação de psicoterapia de grupo?

gostou rejeitou..... dúvidas.....irritação
 susto medo outros

3- Qual(s) motivo(s) o (a) levou a sair do grupo?

.....
.....

4- Que idéia você faz hoje sobre psicoterapia de grupo, depois desta sua experiência?

.....
.....

5- Você se arrependeu de ter abandonado a grupoterapia?

sim
 não

Se sim, porque?

.....
.....

ANEXO 5

ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

ESCORES: 0 - Ausente 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 4 - Fortemente incapacitante

Estado Ansioso	Preocupações, temores de que lhe aconteça o pior, temores antecipados, irritabilidade	0 1 2 3 4
Tensão	Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de inquietação, incapacidade de relaxar-se.	0 1 2 1 4
Temores	Medo da escuridão, de estranhos, de ficar só, de animais, de trânsito, de multidões.	0 1 2 3 4
Insônia	Dificuldade de conciliar sono, sono interrompido, insatisfatório, fadiga ao despertar, sonhos, pesadelos, terrores noturnos	0 1 2 3 4
Intelecto	Dificuldade de concentração, memória fraca	0 1 2 3 4
Estado Depressivo	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, flutuações diurnas de humor	0 1 2 3 4
Somáticos	Dores, espasmos, rigidez, contrações mioalónicas, ranger de dentes, voz pouco firme, tono muscular aumentado	0 1 2 3 4
Somáticos (sensoriais)	Zumbidos, visão turva, ondas de frio e calor, sensação de debilidade, sensação de picadas	0 1 2 3 4
Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias, pulsação das veias	0 1 2 3 4
Sintomas Respiratórios	Pressão ou constrição no peito, sensação de sufocação, suspiros, dispnéia.	0 1 2 3 4
Sintomas Gastrointestinais	Dificuldade de engolir, flatulência, dores abdominais, azia, abdômem pesado, náuseas, vômitos, fezes soltas, perda de peso, constipação	0 1 2 3 4
Sintomas Geniturinários	Micção frequente, urgente, amenorréia, menorragia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda de libido, impotência	0 1 2 3 4
Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubores, palidez, tendência a transpiração, vertigem, dor de cabeça tensional, arrepios.	0 1 2 3 4
Comportamento na entrevista	: - Inquietação, impaciência ou andar de um lado para outro, tremor nas mãos, testa franzida, rosto cansado, suspiros ou respiração rápida, palidez facial, deglutição, eructações, espasmos bruscos dos tendões, pupilas dilatadas, exoftalmia	0 1 2 3 4

ANEXO 6

INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO

- 0 - Eu não estou triste.
 - 1- Eu me sinto triste, deprimido.
 - 2a- Eu me sinto triste e deprimido e não consigo me livrar disto.
 - 2b- Eu me sinto tão triste e infeliz que isto se torna até doloroso.
 - 3- Eu me sinto tão triste e infeliz que eu não consigo suportar.
-
- 0- Eu não me sinto fracassado.
 - 1- Eu sinto que eu fracassei mais que uma pessoa comum.
 - 2a- Eu sinto que eu consegui muito pouco na vida.
 - 2b- Quando olho para o meu passado, só vejo fracassos.
 - 3- Eu sinto que sou um verdadeiro fracassado (como pai, marido, filho).
-
- 0- Não estou particularmente insatisfeito.
 - 1a- Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.
 - 1b- Não aprecio as coisas que apreciava antes.
 - 2- Não consigo satisfação em mais nada.
 - 3- Estou insatisfeito com tudo.
-
- 0- Não me sinto particularmente culpado.
 - 1- Sinto-me mal ou sem valor a maior parte do tempo.
 - 2a- Sinto-me bastante culpado.
 - 2b- Atualmente eu me sinto mal e sem valor o tempo todo.
 - 3- Sinto-me como alguém muito mal e sem valor.
-
- 0- Eu não sinto que estou sendo castigado.
 - 1- Eu tenho sentimento de que alguma coisa de muito ruim pode acontecer para mim.
 - 2- Eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado.
 - 3a- Eu sinto que mereço ser castigado.
 - 3b- Eu quero ser castigado.
-
- 0- Eu não me sinto desapontado comigo mesmo.
 - 1a- Eu estou desapontado comigo mesmo.
 - 1b- Eu não gosto de mim mesmo.
 - 2- Eu estou chateado comigo mesmo.
 - 3- Eu me odeio.

- 0- Eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa.
- 1- Eu me critico muito por causa dos meus erros e fraquezas.
- 2a- Eu me acuso por tudo que acontece de errado.
- 2b- Eu sinto que tenho muitos maus atos.

- 0- Eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo.
- 1- Eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio mas eu não os faria.
- 2a- Eu sinto que eu estaria melhor se eu tivesse morrido.
- 2b- Eu tenho plano definitivos de me matar.
- 2c- Eu sinto que minha família estaria melhor se tivesse morrido.
- 3- Eu me mataria se pudesse.

- 0- Eu não choro mais do que eu costumo.
- 1- Eu choro mais agora do que antes.
- 2- Atualmente eu choro sempre, eu não consigo parar.
- 3- Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo mesmo que eu queira.

- 0- Eu não estou mais irritado e nervoso agora do que eu costumo.
- 1- Eu fico mais irritado e nervoso do que antes.
- 2- Eu me sinto sempre irritado e nervoso.
- 3- Eu não fico irritado com as coisas que antes me deixavam nervoso.

- 0- Eu não perdi o interesse em outras pessoas.
- 1- Estou menos interessado em outras pessoas do que antes.
- 2- Eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas.
- 3- Eu perdi todo o meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam.

- 0- Eu tomo decisões tão bem como sempre.
- 1- Eu estou mais inseguro e tento evitar de tomar decisões.
- 2- Eu não consigo mais tomar decisões sem ajuda.
- 3- Eu não consigo mais tomar nenhuma decisão.

- 0- Eu não sinto que minha aparência piorou.
- 1- Eu estou muito preocupado porque eu aparento estar velho e acabado.
- 2- Eu sinto que existem mudanças definitivas na minha aparência e ela me fazem sentir acabado.
- 3- Eu sinto que eu sou feio ou até que estou repugnante.

- 0- Eu consigo trabalhar tão bem quanto antes.
- 1a- Custa um esforço muito grande fazer alguma coisa.
- 1b- Eu não trabalho tão bem quanto antes.
- 2- Eu preciso me empurrar para fazer alguma coisa.
- 3- Eu não consigo trabalhar.

- 0- Eu consigo dormir tão bem como antes.
- 1- Eu acordo de manhã mais cansado que antes.
- 2- Eu acordo uma ou duas horas antes do que eu costumava acordar e fica difícil voltar a dormir.

- 0- Eu não fico mais cansado agora do que antes.
- 1- Eu me canso mais facilmente agora do que antes.
- 2- Eu me canso de fazer qualquer coisa.
- 3- Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa.

- 0- Meu apetite não está pior agora do que sempre.
- 1- Meu apetite não está tão bom agora como costumava ser.
- 2- Meu apetite está muito pior.
- 3- Eu não tenho mais apetite nenhum.

- 0- Eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente.
- 1- Eu perdi mais de dois quilos (KG).
- 2- Eu perdi mais de quatro quilos (KG).
- 3- Eu perdi mais de seis quilos (KG).

ANEXO 7

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS GRUPOTERAPEUTAS

DADOS SOBRE O INFORMANTE

Idade: [] Sexo []
Formação acadêmica
Tempo de exercício profissional
Tempo de exercício da grupoterapia na Unidade Básica de Saúde
Nome da Unidade SAR []

QUESTIONÁRIO

1- Com relação à prática com os grupo você se define como:

[] grupanalista [] grupoterapeuta
[] psicoterapeuta de grupo (de orientação psicanalítica)
[] outros, quais?

2- Qual a frequência de atendimento aos grupos ?

[] uma vez por semana [] duas vezes por semana
[] quinzenal [] mensal
[] outros Quais?

3- São usados critérios de seleção na formação dos grupos?

(Ex. sexo, idade, patologia, etc..)

[] sim [] não
Se sim, quais?

4- Qual o número de profissionais nesta Unidade de Saúde que trabalha com atendimento em grupos?

.....

5- A prática de atendimento em grupos nesta instituição está ligada a outros programas? { Ex. programas da própria Unidade, programas ligados a ensino de especialização e residência médica, entre outros).

[] sim [] não
Se sim, quais?

6- Existem critérios quanto ao tempo de duração do tratamentos de grupos?

[] sim [] não

Se sim, quais?

.....

7- Tempo de duração da sessão de grupo:

- até 30 minutos
 de 30 a 60 minutos acima de 60 minutos

8- Estime, por favor, quantos pacientes estariam simultaneamente em psicoterapia de grupo e em tratamento farmacológico?

- 0 a 15% 16 a 30%
 31 a 50% acima de 50%

9- Quem realiza o tratamento farmacológico?

- o próprio terapeuta de grupo (para seu próprio grupo).
 psiquiatra outro profissional médico

10- Possui formação em psicoterapia de grupo?

- sim não em andamento
Se sim, qual?
-

11- Existem critérios objetivos para a alta?

- sim não
Se sim, quais?
-

12- Existe acompanhamento após a alta?

- sim não
Sem sim, como é feito ?
-

13- Existe registro de abandono do tratamento?

- sim não
Se sim, qual a porcentagem de abandono por grupo?

14- Em sua opinião quais as principais causas de abandono do tratamento? Cite pelo menos duas.

.....

.....