

Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais*

Therapeutic factors in a support group of psychiatric outpatients

Carla Guanaes e Marisa Japur

Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP/USP).
Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo **Introdução/Objetivos:** O emprego da psicoterapia de grupo no atendimento em saúde mental, sobretudo em contextos institucionais, tem se expandido aceleradamente, não havendo uma expansão correlata de pesquisas na área, conforme aponta a literatura especializada. Objetivou-se compreender algumas possibilidades e alguns limites de um grupo de apoio de curta duração (16 sessões) para pacientes psiquiátricos ambulatoriais, investigando os fatores terapêuticos que operam nesse grupo, segundo a percepção de seus participantes. **Métodos:** Questionários do Incidente Crítico (QIC), observação e registro do grupo, consultas aos prontuários dos pacientes e notas de campo constituíram as fontes de dados. A análise das respostas dos pacientes ao QIC foi realizada por procedimentos de avaliação categorial de conteúdo, tendo como base um sistema descritivo dos fatores terapêuticos proposto na literatura. As demais fontes foram tomadas como dados de contexto dos sentidos produzidos pelos pacientes em suas respostas ao QIC. **Resultados:** Os resultados remetem a dez categorias derivadas da percepção dos pacientes, indicativas de vivências terapêuticas e não-terapêuticas no grupo. **Discussão/Conclusão:** Este estudo possibilita uma compreensão sobre o modo como os pacientes vivenciaram o processo desse grupo, tendo em vista os sentidos que produziram a partir de sua participação neste, e, em conjunção com a compreensão de seus quadros clínicos, situa algumas possibilidades e alguns limites desse tipo de tratamento em saúde mental, considerando o contexto em que ocorre e a clientela que usualmente o integra.

Descritores Saúde mental. Assistência ambulatorial. Psicoterapia de grupo. Grupos de apoio.

Abstract **Introduction:** The use of group psychotherapy in mental health care systems has been increasingly expanding despite the relatively limited growth of clinical research in the field. **Objectives:** To assess the limitations and potentials of a support group in an outpatient setting (16 sessions) focusing on group therapeutic factors according to the patients' self-report. **Method:** The Critical Incident Questionnaire (CIQ), observation of group activity, patients' records consultation, and field notes were used as data source. The analysis of the patients' answers to the CIQ (N=112) was carried out using categorical content analysis, based on a descriptive system of therapeutic factors proposed in the literature. **Results:** The categorical content analysis of CIQ answers was able to identify ten different categories derived from the patients' perception of the group process, and they reflected the therapeutic and non-therapeutic experiences during the group work. **Discussion/Conclusion:** It was possible to understand patients' experience of the group process by assessing their perceptions reported after each session. This assessment in combination with their clinical conditions allows to a better understanding of some of the potentials and limitations of this modality of mental treatment, taking into account the institutional environment and the constitution of the patient population.

Keywords Mental health. Ambulatory care. Psychotherapy, group. Self-help groups.

*Trabalho baseado na dissertação de Mestrado: Guanaes C. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000. (Apoio financeiro: Fapesp). Apresentado em Campinas, na XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, em outubro de 1999, intitulado "Fatores terapêuticos em um grupo de apoio ambulatorial para pacientes psiquiátricos: a perspectiva de seus participantes".

Trabalho realizado com patrocínio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo nº 97/13438-0.

Conflito de interesses inexistente.

Recebido em 22/5/2000. Revisado em 28/8/2000 e 13/12/2000. Aceito em 29/3/2001.

Introdução

A prática da psicoterapia de grupo tem apresentado um acentuado crescimento na realidade brasileira, constituindo um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de atendimento. Seu crescimento foi impulsionado sobretudo por mudanças no campo da saúde mental, originadas a partir dos movimentos de reforma psiquiátrica que visavam a reintegração social do paciente. A redução do número de internações em hospitais psiquiátricos e a criação de políticas orientando novas formas de atendimento para essa população, como a expansão dos hospitais-dia e dos atendimentos ambulatoriais nos centros de saúde, vieram a transformar o atendimento em grupo no principal recurso terapêutico nesses contextos.¹

Nesse cenário, as intervenções em grupos de apoio e de curta duração se sobressaíram, constituindo, atualmente, modalidades terapêuticas fundamentais, sobretudo nas instituições. Esses grupos são caracterizados pela postulação de objetivos realistas e específicos; por uma relativa homogeneidade entre seus participantes, sobretudo quanto a diagnósticos clínicos ou situações interpessoais similares; e por posturas mais ativas por parte de seu coordenador, por meio do oferecimento de conselhos, sugestões e apoio.²⁻⁷ Assim, caracterizam-se pela função de ajudar as pessoas a lidar com estresses relacionados a situações emocionais ou crises.⁸

De modo geral, a psicoterapia de grupo tem sido valorizada em função do crescente reconhecimento da importância das trocas interativas no desenvolvimento psicológico humano – sendo que o grupo potencializa as interações, funcionando como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao atuar como um “laboratório social”, no qual os membros reproduzem os papéis que ocupam no dia-a-dia de suas relações. Assim, o grupo constitui-se como espaço terapêutico ao possibilitar a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam o indivíduo em sua tomada de consciência como ser social.²

Segundo Crouch, Bloch & Wanlass,⁹ a noção de que fatores terapêuticos operam no tratamento psicoterápico existe com base na assunção de que é possível classificar os elementos benéficos da psicoterapia. Nessa perspectiva, fator terapêutico é entendido como um elemento da terapia de grupo que contribui para melhorar a condição de um paciente e que pode resultar tanto das ações do terapeuta quanto dos demais participantes ou do próprio paciente.

Yalom¹⁰ propôs onze fatores terapêuticos que podem estar presentes em qualquer grupo, variando em função do tipo de grupo, do estágio da terapia e de diferenças individuais entre os pacientes,² e esse esquema de categorização possibilitou a abertura de novas direções para os pesquisadores interessados no estudo do fenômeno grupal. Posteriormente, Bloch et al¹¹ revisaram a classificação proposta por Yalom e concluíram pela existência de dez fatores terapêuticos nos grupos: catarse, altruísmo, universalidade, instilação de esperança, aprendizagem vicária, orientação, aprendizagem pela

ação interpessoal, aceitação/coesão grupal, auto-revelação e auto-entendimento.

A classificação em fatores terapêuticos constitui uma das possibilidades de estudo do fenômeno grupal que visa apreender algumas dimensões do processo terapêutico, já que os fatores podem ser considerados como mediadores da mudança terapêutica.¹² Assim, neste estudo, utiliza-se esse sistema classificatório como forma de descrever vivências terapêuticas e não-terapêuticas de pacientes psiquiátricos ambulatoriais, com base nos significados produzidos por eles a partir de suas participações em um grupo de apoio.

Objetivo

Objetivou-se compreender alguns limites e algumas possibilidades de um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais em condição natural, pela identificação dos fatores terapêuticos que operam nesse grupo, segundo a perspectiva de seus participantes.

Método

Contexto e participantes

O objeto de investigação formou-se a partir de um grupo de apoio de curta duração (16 sessões), oferecido a pacientes psiquiátricos ambulatoriais em um serviço público de saúde do município de Ribeirão Preto, SP. Esse grupo constituiu um grupo fechado, de uma hora e meia de duração e frequência semanal, sendo composto e coordenado por um médico psiquiatra a partir de entrevista de triagem. Foram selecionados para participar desse grupo específico apenas os pacientes que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, por meio de seu consentimento informado.*

Participaram do grupo dez pacientes – oito mulheres e dois homens –, com idade entre 29 a 65 anos. A maioria era casada e apresentava baixo grau de instrução (primeiro grau incompleto), trabalhando predominantemente em serviços domésticos. Em sua maioria, os pacientes apresentavam história de tratamentos ambulatoriais anteriores e de uso de medicação. Dentre os medicamentos utilizados, houve o predomínio de uso de medicações ansiolíticas e/ou antidepressivas. As principais dificuldades apresentadas no momento de encaminhamento para o grupo relacionavam-se a queixas somáticas, depressão, ansiedade, dificuldades de relacionamento e de produção.

Quanto a seus diagnósticos clínicos, conforme apresentados na CID-10,¹³ estes se encontravam predominantemente entre os transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes (transtorno de ansiedade, transtorno adaptativo, ansiedade generalizada e transtorno dissociativo) e entre os transtornos de humor (distímia e transtorno depressivo recorrente). Apenas uma paciente apresentava diagnóstico de transtorno de personalidade e de comportamentos em adultos (transtorno de personalidade *borderline*).

*Esse consentimento foi elaborado de acordo com a Resolução nº 196/96, “Sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos” (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Materiais e procedimentos de coleta e análise dos dados

Questionário do Incidente Crítico

Para se ter acesso à percepção dos participantes sobre o grupo, foi utilizado o *Questionário do Incidente Crítico* (QIC), que vem sendo amplamente empregado em pesquisas relacionadas à investigação dos fatores terapêuticos.^{14,15}

Neste estudo, esse questionário foi redigido em linguagem acessível para os pacientes, constituindo-se das seguintes questões: 1) no grupo de hoje, qual o acontecimento que foi mais importante para você?; 2) conte com detalhes como foi esse acontecimento: quais as pessoas envolvidas e o que elas fizeram?; 3) qual foi sua reação durante o acontecimento? (como você se sentiu/o que você pensou/o que você fez); 4) por que você acha que esse acontecimento foi importante?

Ao término de cada sessão do grupo, o coordenador e a pesquisadora solicitavam aos pacientes que respondessem ao QIC, o que levava entre dez e trinta minutos. Em casos de pacientes que apresentavam dificuldades de escrita, a pesquisadora redigia as respostas ditadas por eles.

Para a análise do QIC, foi utilizado o procedimento de análise categorial de conteúdo,¹⁶ tendo por finalidade a classificação das respostas dos pacientes a partir de seus elementos comuns, em um sistema *a priori* de categorias: o sistema classificatório dos fatores terapêuticos proposto por Bloch et al.¹¹ As definições dos fatores terapêuticos, conforme apresentadas pelos autores do presente estudo no “Manual de Classificação dos Fatores Terapêuticos”,¹¹ foram norteadoras desta análise. Esse manual contém uma descrição pormenorizada de cada fator, facilitando a categorização do material.

Todas as respostas foram classificadas por dois avaliadores (a autora e a co-autora), buscando-se consenso nos julgamentos. Em casos de dificuldades de classificação nas categorias preexistentes, novas categorias foram criadas baseadas nos sentidos que emergiram das respostas, ou procederam-se alterações em algumas das descrições originais dos fatores terapêuticos, nos casos em que não havia grandes diferenças de sentido. Assim, a descrição final do sistema de categorias foi feita pelos pesquisadores buscando preservar a singularidade desse conjunto de respostas ao QIC.

Formulário de Avaliação do Nível de Ajustamento Psicossocial

Preenchido pelo médico coordenador do grupo ao início e ao término do mesmo, esse formulário foi elaborado tendo como referência categorias presentes na Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizada (EDAO) proposta por Simon.^{17,18}

Tendo em vista os propósitos deste estudo, uma adaptação dessa escala permitiu a avaliação de alguns aspectos descritivos do modo de funcionamento psicossocial e da adaptação dos pacientes nos aspectos afetivo-relacional, produtivo, sociocultural, na capacidade adaptativa e na avaliação global. Cada um desses setores foi considerado julgando-se a presença de *muitas dificuldades*, *algumas dificuldades* ou *a ausência de dificuldades* nessas dimensões, tal como avaliadas clinicamente pelo coordenador do grupo. Exemplificando:

ao avaliar o *aspecto produtivo* de um determinado paciente, o coordenador deveria optar por uma das seguintes alternativas:

- no momento atual, o paciente não consegue exercer atividades regulares e produtivas (trabalho, estudo ou outra atividade principal do paciente do paciente);
- no momento atual, o paciente exerce com alguma dificuldade atividades regulares e produtivas (trabalho, estudo ou outra atividade principal do paciente);
- no momento atual, o paciente exerce sem dificuldade atividades regulares e produtivas (trabalho, estudo ou outra atividade principal do paciente).

De acordo com Simon,¹⁷ a avaliação clinicamente orientada por setores específicos do funcionamento do paciente possibilita “... uma percepção não tão ampla como a olho nu (descuidando certas particularidades), nem tão detalhada quanto ao microscópio (que leva a perda do senso de proporções) (p. 84)”. Assim, buscou-se, a partir dessa avaliação, melhor apreender a composição do grupo em função das dificuldades adaptativas dos pacientes que dele fizeram parte.

Fontes complementares

Registro cursivo de observação do grupo, consultas regulares aos prontuários dos pacientes e notas de diário de campo constituíram importantes fontes adicionais, utilizadas na caracterização geral dos participantes e na contextualização de suas respostas ao QIC, assim enriquecendo a compreensão e a discussão dos dados.

Resultados

Nível de ajustamento psicossocial dos pacientes do grupo

A avaliação do nível de ajustamento psicossocial (Tabela), realizada pelo psiquiatra ao início e ao término do grupo, aponta a presença de dificuldades adaptativas na maioria dos setores avaliados, indicando prejuízos no nível de funcionamento psicossocial desses pacientes e sugerindo a vivência de uma situação de crise – ou seja, dificuldades atuais que os impe-

Tabela - Distribuição dos pacientes pelo nível de ajustamento psicossocial, conforme avaliação realizada pelo médico psiquiatra ao início e ao término do grupo.

Aspecto	Índices	Freq. (n=10)	
		início	término
Afetivo relacional	Muitas dificuldades	4	3
	Alguma dificuldade	6	5
	Sem dificuldades	0	2
Produtivo	Muitas dificuldades	0	1
	Alguma dificuldade	7	6
	Sem dificuldades	3	3
Sociocultural	Muitas dificuldades	0	0
	Alguma dificuldade	9	6
	Sem dificuldades	1	4
Capacidade adaptativa	Muito limitada	3	2
	Parcialmente limitada	6	5
	Sem limitações	1	3
Avaliação global (início)	Ajustamento psicossocial prejudicado	2	
	Ajustamento psicossocial razoável	8	
	Ajustamento psicossocial bom	0	
Avaliação global (término)	Piorou		0
	Manteve-se sem alteração		6
	melhorou		4

dem de responder positivamente a situações críticas, implicando prejuízos em sua estabilidade afetiva.¹⁷ Além disso, os dados descartam quadros de deterioração psíquica ou sérios comprometimentos mentais.

Essa avaliação foi corroborada por fontes complementares e, mais especificamente, pelos dados de prontuário que indicaram que o grupo foi composto de modo a privilegiar alguma similaridade entre os diagnósticos clínicos de seus participantes – diagnósticos de transtornos diversos em que os pacientes apresentam, em uma história de vida marcada por dificuldades variadas em seu ajustamento psicossocial, uma situação de crise.

Fatores terapêuticos e não-terapêuticos: a perspectiva dos participantes

Apresentam-se, a seguir, a definição resumida das categorias derivadas da análise de conteúdo das respostas dos pacientes ao QIC (n=112), seguidas de suas frequências e de exemplos típicos das respostas que as constituíram.

1. *Universalidade* (23%) – reconhece que não é o único a ter problemas ou percebe que outros membros do grupo têm problemas iguais ou maiores que os seus: “Este acontecimento foi muito importante para mim porque eu achava que era só eu que passava por isso. Não. Tanto que nossa amiga está passando pelo mesmo problema meu” (Estela,* 13ª sessão).

2. *Aprendizagem vicária* (22%) – reconhece ter aprendido algo de valor para si pela observação de outro membro do grupo: “Eu pude ver quando começou o grupo e quando terminou, e por isso que tirei uma conclusão: que a maioria das pessoas não sabem o que tem, e que nem todos tem doença. Porque eu pude aprender do médico como ter muita calma, e ele é muito lento, até no falar e não dar opinião própria, e não disse de que modo a pessoa deve fazer ou não. Fica a vontade de cada pessoa o que fazer. Talvez ouvir e não interferir, talvez seja o melhor modo de ajudar o paciente. E isto vou tentar colocar em prática e usar a calma do médico. Isto tem me ajudado e vai me ajudar muito. Obrigado” (Valter, 16ª sessão).

3. *Distanciamento* (13%) – denota não ter se envolvido com o material abordado no grupo: “Hoje não achei nada importante. Há muito tempo que nada pra mim tem sido importante; quase nada acho graça” (Marta, 1ª sessão).

4. *Desesperança* (9%) – refere um sentimento de angústia a partir de sua participação no grupo, sentindo seus problemas como sem solução ou experimentando pessimismo quanto a suas perspectivas de melhora: “Tenho que encontrar uma saída, sem machucar, sem ferir. Acho que não vou conseguir, seria impossível uma atitude sem que isso aconteça. Não tenho coragem, porque amo demais. Nossa, hoje nem eu mesma estou me entendendo, que confusão na minha cabeça; isso é muito mal, estou com medo, não quero ficar doente” (Ana Maria, 12ª sessão).

5. *Instilação de esperança* (7%) – experimenta um otimismo quanto a seu progresso a partir do tratamento na tera-

pia de grupo: “O mais importante no grupo de hoje é que passei a saber: todos os colegas tem um assunto diferente para freqüentar o grupo. Achei muito bom. D. Ana Maria, pessoa do grupo, estava muito depressiva, com muito choro, e aí é que a gente analisa a vida de cada um no dia a dia. A minha reação foi normal, porque já passei a entender como são as coisas. Eu me senti muito bem com a ajuda do Dr. P. e da Dra. Carla e vendo as pessoas um pouco mais bem do que quando no começo do grupo. O importante para mim porque hoje me sinto bem melhor do que nos meses passado anteriores, estou muito grata. Obrigada” (Irene, 16ª sessão).

6. *Altruísmo* (6%) – mostra-se sensível às dificuldades, aos problemas, aos limites de outro membro do grupo, sentindo desejo de ajudá-lo ou efetivamente fazendo algo para ajudá-lo no contexto do grupo: “Eu senti que o que ela deve fazer é chegar na filha e dizer que não dá mais para ajudar. Este acontecimento foi importante porque a gente vindo aqui, se abrindo com as pessoas, conversando, falando os problemas. E este assunto de hoje foi muito importante porque a nossa amiga Ana Maria está passando por um momento muito difícil na vida dela. Nós aqui do grupo e todos conversando podemos ajudar ela resolver esta situação” (Estela, 9ª sessão).

7. *Aceitação* (5%) – denota experimentar um sentimento de pertencimento, acolhimento, amizade e conforto no grupo: “Porque as pessoas aqui são de confiança, que a gente pode confiar. São pessoas assim, que me dão apoio, né?” (Roberta, 14ª sessão).

8. *Auto-revelação* (4%) – valoriza o ato de revelar informações pessoais no grupo: “Este acontecimento foi por motivo do grupo que nos dar a oportunidade de falar, contar o passado que aborreceu tanto a minha vida. As pessoas envolvidas são minhas colegas do grupo, que tem paciência de ficar ouvindo para dar suas opiniões sobre o assunto e a ajuda do Dr. P. Acho que este acontecimento foi importante para mim e também para o Dr. P. e Dra. Carla, por ter a chance de falar o motivo que estou freqüentando o grupo. Acho que é muito bom falar, não para criticar, mas para que as pessoas do grupo entendam, e que eu sinta me bem. Eu me sinto como que eu tinha repartido este problema porque às vezes é muito para uma pessoa só como eu, Irene” (Irene, 4ª sessão).

9. *Orientação* (4%) – valoriza os conselhos, as sugestões e a orientação que recebeu no grupo em relação a suas dificuldades: “Quando eu estava comentando aqueles problemas que eu estava com medo, logo quando cheguei, e a Ana Maria falou que eu não podia sentir assim, que quanto mais eu achasse que estivesse com medo, eu ia passar mais mal. O mais importante que eu escutei foi isso aí. Também quando eu comeci a falar do problema com meu marido, que queria separar, que D. Irene falou para eu ter paciência. O mais importante foi a resposta dela. O que eu pensei é que não era certo o que eu estava achando que era certo eu fazer. (Foi importante) pelas respostas que as pessoas me falaram.

*Os nomes dos pacientes aqui apresentados são fictícios, de modo a resguardar-lhes a identidade.

Porque um ajuda o outro. Pelas palavras que as pessoas me falaram, porque eu acho que conforta a gente. É que hoje é só o segundo dia que eu estou vindo aqui, então eu acho que por hoje é só” (Roberta, 2ª sessão – resposta ditada, redigida pela pesquisadora).

10. *Catarse* (3%) – valoriza a liberação de sentimentos positivos ou negativos, sentindo certa medida de alívio: “*Para mim foi importante porque falei sobre o assunto que estava me incomodando, precisava de falar. Este acontecimento foi minhas colegas do grupo e o Sr. João que expôs os problemas dele com a esposa e as família. Eu, Irene e o Sr. João. Comecei a conversar e acabei falando dos meus problemas e fiquei aliviada sobre os assuntos que falei. A minha reação foi que me senti entrar no assunto que o Sr. João falava e acabei falando sobre os meus problemas mais uma vez. Senti aliviada, pensei que nunca iria falar este assunto que falei sobre os meus problemas, é mais a gente ter uma oportunidade para que a gente fala sobre o assunto*” (Irene, 8ª sessão).

11. *Não-classificáveis* (4%): formulários em branco e respostas não pertencentes a nenhuma dessas categorias e que não constituíram unidades de sentido para outra classificação: “*É que hoje foi diferente, todo mundo falou igual, mas acho que foi importante*” (Roberta, 16ª sessão).

A análise da vivência dos participantes indicou a presença de fatores terapêuticos (universalidade, aprendizagem vicária, instilação de esperança, altruísmo, aceitação, auto-revelação, orientação e catarse) e não-terapêuticos (distanciamento e desesperança).

O fator terapêutico mais presente foi a universalidade (23%), seguido do fator aprendizagem vicária (22%). Em seguida, apareceram os fatores distanciamento (13%) e desesperança (9%), ambos caracterizados como não-terapêuticos. A categoria instilação de esperança apareceu em 7% das respostas, seguida do fator altruísmo (6%). Embora com menor incidência, a análise evidenciou também os fatores terapêuticos aceitação (5%), auto-revelação (4%), orientação (4%) e catarse (3%). Apenas 4% das respostas dos pacientes ao QIC foram consideradas não-classificáveis.

Discussão

Segundo Vinogradov & Yalom,² a presença dos fatores terapêuticos nos diversos grupos existentes pode variar em função de algumas forças modificadoras, como o tipo de grupo e as diferenças individuais entre os participantes. Essa asserção favorece a compreensão de algumas possibilidades e de alguns limites do grupo em questão, a partir das vivências terapêuticas e não-terapêuticas de seus pacientes.

Conforme os resultados, os pacientes valorizaram, sobretudo, vivências terapêuticas relativas à universalidade e à aprendizagem vicária, favorecidas pela troca de experiências no grupo – que possibilitou a percepção de similaridades entre as problemáticas vivenciadas pelos outros membros e a aprendizagem de novos modelos de comportamento. Além disso, também foram referidas vivências não-terapêuticas (distanciamento e desesperança), caracterizadas por sentimentos de angústia

ou de não envolvimento afetivo na interação grupal e experimentadas por três pacientes em particular.

Para refletir sobre essas vivências no grupo, recorreu-se ao modo como este foi composto e às características individuais de seus membros, por meio dos registros de prontuário e da avaliação de seus níveis de ajustamento psicossocial. A partir dessas fontes, uma relativa homogeneidade dos pacientes pôde ser percebida pelos diagnósticos (transtornos de personalidade diversos) e pela vivência de uma situação de crise – evidenciada pela presença de dificuldades adaptativas na maioria dos aspectos avaliados. Contudo, a observação das interações grupais, bem como das referências a vivências negativas por parte de pacientes específicos, sugerem a influência de características individuais no desenvolvimento do grupo, levando a questionar os critérios de composição do mesmo e sua aparente homogeneidade.

Percebe-se, então, a carência de outros critérios de avaliação dos pacientes para além de um diagnóstico clínico, sendo que a indicação para seguimento psicoterápico em grupo, nessa instituição, dá-se na ausência de outros recursos importantes, como avaliações de personalidade ou dos padrões de relacionamento interpessoal, aspectos considerados úteis na potencialização do espaço grupal como dispositivo terapêutico.

A partir disso, pode-se pensar em alguns recursos que podem favorecer a composição grupal, minimizando a influência de características individuais a partir do que refere a literatura na área.^{2,4,7} Especificamente em relação à psicoterapia de apoio e de tempo limitado, pesquisas demonstram a importância de haver empenho, por parte dos profissionais, na determinação de metas terapêuticas e de focos para o tratamento, além do emprego de instrumentos adequados para avaliar não só diagnósticos clínicos como também condições individuais para o tratamento, as motivações e os padrões de relacionamento interpessoal. Esses aspectos favorecem a composição homogênea de grupo, que tem sido considerada fundamental no estabelecimento da coesão grupal e da aliança terapêutica, características centrais para o bom desenvolvimento do processo terapêutico.^{2,5-7}

Conforme referido anteriormente, além das características individuais, também o “tipo de grupo” pode influenciar o aparecimento dos diferentes fatores terapêuticos.² Esse aspecto será abordado a seguir, pela reflexão sobre o motivo desse grupo específico ser definido como *grupo de apoio* por essa instituição.

Segundo os resultados do presente estudo, alguns fatores considerados típicos em grupos de apoio e de curta duração, como catarse, aceitação ou instilação de esperança, não apareceram com grande frequência nas respostas dos participantes. Ao contrário, nota-se uma maior valorização de outras formas de aprendizagem, derivadas da criação de um espaço de escuta e da possibilidade de livre expressão e exposição pessoal, o que gerou um padrão de funcionamento específico – em cada sessão, prevalecia a fala de um paciente e a participação mais esporádica dos demais, que se dava pelo oferecimento de sugestões e conselhos a esse paciente.

Esses aspectos parecem relacionar-se ao modo como os par-

participantes se apropriam de alguns conhecimentos, socialmente difundidos, sobre o modo como se estrutura a situação terapêutica nos modelos tradicionais; parecem conceber que o tratamento baseia-se em falar de si e de sentimentos, cabendo ao terapeuta o papel de escuta e de observação. Assim, segundo os padrões de relacionamento estabelecidos no grupo, o mesmo se aproximaria do modo de funcionamento dos grupos de longa duração.

Muitos autores enfatizam a diferença entre os grupos de curta duração – em seus objetivos de apoio, reestabelecimento do equilíbrio emocional e remissão de sintomas – dos grupos psicoterápicos, que buscam a reestruturação de personalidade advinda de um maior conhecimento sobre aspectos intrapsíquicos.³⁻⁵ Porém, pensando nas possibilidades terapêuticas do grupo estudado, este se caracterizou por um processo bastante peculiar, que o distingue tanto dos grupos de apoio quanto dos de longa duração, segundo definidos pela literatura. Sua natureza pôde ser construída pelos limites de sua inserção institucional, considerando que não se pode pensar essa prática deslocada do contexto em que se desenvolveu. E, refletindo sobre esse contexto, baseados na observação do grupo e nas notas de diário de campo, parecem evidentes alguns limites que impediram a potencialização de aspectos terapêuticos desse grupo, como: carência de critérios para sua composição, para além dos diagnósticos clínicos; metas terapêuticas possíveis de ser realizadas em uma estrutura de tempo limitado; presença de um foco para o tratamento, entre outros.

Assim, este estudo, realizado em condições naturais, pode contribuir com a percepção da realidade vivenciada por esse e por outros serviços de saúde, já que a situação de carência de recursos presente nessa instituição não constitui um fato isolado. Frente à realidade em que se encontram os sistemas de saúde, considera-se necessário repensar as possibilidades de sobrevivência das práticas grupais nesse contexto de carências, para que estas possam ser potencializadas em suas metas terapêuticas, assim desenvolvendo-se de forma a, de fato, reduzir o sofrimento psíquico da clientela atendida.

Um dos aspectos centrais para um bom funcionamento dos serviços de saúde mental é existir condições para uma adequada avaliação e um encaminhamento de pacientes a um tipo de tratamento indicado, seja medicamentoso ou psicoterápico. Nesse sentido, estudos demonstram que as psicoterapias de grupo podem apresentar resultados comparáveis (ou mesmo melhores) que outras modalidades de atendimento terapêutico, desde que baseadas em uma composição de grupo criteriosa.^{2,3,5-7}

Se os serviços não se organizarem de modo a favorecer a reflexão sobre a práxis psicoterápica no contexto institucional, corre-se o risco de que os serviços ambulatoriais se distanciem de suas finalidades terapêuticas, por meio de intervenções que prolonguem desnecessariamente o tratamento de seus pacientes.

Um dos aspectos sugestivos dessa possibilidade é que, muitas vezes, os atendimentos de curta duração executam-se como de longa duração – e ao terminar um grupo de tempo limitado, o paciente não obtém alta e é inserido em outro grupo, dando início a um novo processo de curta duração. Neste estudo, isto pode ser percebido pelos registros de prontuário, em que se nota que a maioria dos pacientes havia passado por atendimentos psiquiátricos anteriores, e cerca da metade deles, por experiências de psicoterapia de grupo. Portanto, oferecer recursos, para que os profissionais desenvolvam suas habilidades, e condições mínimas de funcionamento nos serviços de saúde mental faz-se fundamental na criação de melhores possibilidades de tratamento da população atendida nesse campo.

Apesar de todas essas dificuldades, entende-se que o grupo pôde, em seu desenvolvimento, criar possibilidades terapêuticas a partir de uma sintonia entre a demanda do grupo e a disponibilidade do coordenador de oferecer um espaço aberto a essa diversidade. Assim, embora não se possa defini-lo, com base em seu funcionamento, como grupo de apoio ou de longa duração, a partir de definições da literatura, sua natureza define-se por uma prática construída no cotidiano dessa e de outras instituições. Driblando as adversidades de um sistema de saúde ainda incipiente, profissionais e doentes parecem ainda investir nas possibilidades de encontro, buscando meios para a criação de novas realidades.

Conclusão

Este estudo permite refletir sobre as possibilidades e os limites do atendimento em grupos de apoio nos serviços públicos de saúde mental. Retomando alguns critérios considerados relevantes para o bom desenvolvimento do processo psicoterápico, aponta algumas dificuldades, enfrentadas no cotidiano das instituições, que podem interferir na potencialização de aspectos terapêuticos das intervenções grupais.

Reconhecendo o potencial terapêutico dos grupos, indica-se a necessidade de uma maior reflexão sobre o modo como as práticas grupais têm se realizado no cotidiano brasileiro, objetivando o seu uso adequado e efetivo e, por conseguinte, a melhora da qualidade da assistência em saúde mental.

Referências

1. Lancetti A. Clínica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Lancetti A, editor. Saúde e loucura: grupos e coletivos 4. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 155-71.
2. Vinogradov S, Yalom ID. Manual de psicoterapia de grupo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
3. Budman SH, Simeone PG, Reilly R, Demby A. Progress in short-term and time limited group psychotherapy: evidence and implications. In: Fuhrman A, Burlingame GM, editors. Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis. New York: John Wiley; 1994. p. 319-39.

4. Rosenberg SA, Zimet CN. Brief group treatment and managed mental health care. *Int J Group Psychother* 1995;45:367-79.
5. Klein RK. Psicoterapia de grupo a curto prazo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 215-25.
6. Mackenzie KR. Time limited group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1996;46:41-60.
7. Salvendy JT. Seleção, preparação dos pacientes e organização do grupo. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 63-72.
8. Schopler JH, Galinsk MJ. Support groups as opens systems: a model for practice and research. *Health Soc Work* 1993;18:195-207.
9. Crouch EC, Bloch S, Wanlass J. Therapeutic factors: interpersonal and intrapersonal mechanisms. In: Fuhriman A, Burlingame GM, editors. *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis*. New York: John Wiley; 1994. p. 269-315.
10. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1970.
11. Bloch S, Reibstein J, Crouch E, Holroyd P, Themen J. A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1979;134:257-63.
12. Piper WE. Psicoterapia de grupo e pesquisa. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 559-65.
13. World Health Organization. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Kivlighan Jr-DM, Goldfine DC. Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and interpersonal attitudes. *J Counseling Psychology* 1991;38:150-8.
15. Schaughnessy P, Kivlighan Jr-DM. Using group participants' perceptions of therapeutic factors to form client typologies. *Small Group Res* 1995;26:250-68.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1988.
17. Simon R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1989.
18. Simon R. Escala de diagnóstico da adaptação operacionalizada: EDAO. *Rev Mudança* 1995;3-4:13-23.

Correspondência

Marisa Japur

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia
e Educação

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus da USP

14090-910 Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: mjaapur@ffclrp.usp.br
