

# **PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE MENTAL**

Ana Celina Pires de Campos Guimarães – USC/USP

## **Resumo**

Neste estudo, foram analisadas as comunicações verbais ocorridas em “settings” de quinze sessões de grupoterapia em Hospital-Dia psiquiátrico, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP, com usuários em internação parcial. A metodologia utilizada foi quanti-qualitativa, através da análise de conteúdo categorial temática. Os objetivos dessa pesquisa foram conhecer as temáticas emergentes nesses “settings”; verificar a frequência de verbalizações emitidas por seus integrantes; buscar através dessas categorias temáticas, as Representações Sociais da doença mental construídas por esses grupos, na interface Hospital-Dia/ comunidade. Nessas quinze sessões foram emitidas 2.459 falas, emergiram 51 temas que ao serem agrupados por semelhança deram origem a 6 categorias temáticas. A categoria temática que gerou maior verbalização foi “Sintomas”, 28% das falas; seguida de “doença (18%); “tratamento e melhora” (16%); “relacionamento interpessoal”(16%); “Hospital-Dia”(15%) e “alta”(7%). A população estudada representou a doença mental através dos Sintomas e isso perpassou as outras categorias temáticas. Encontrou-se Representações Sociais ancoradas em permanências históricas, nas quais a loucura ainda é entendida como maldade, impureza, fraqueza e de causa espiritual, gerando medo e estigma. Emergiram também representações ancoradas nos novos paradigmas da ciência, “universos reificados”, em que o sintoma é entendido como problema da doença e visto com esperança de “cura” e melhora através do tratamento. Constatou-se ainda, que houve coerência entre os objetivos do Hospital-Dia enquanto comunidade terapêutica e as representações dos usuários sobre o tratamento recebido neste local. Concluiu-se que as grupoterapias proporcionaram espaço para a fala dos usuários, as quais, por sua vez, foram significadas e legitimadas através do grupo.

## **Abstract**

In this study we have analyzed the verbal communication that occurred in fifteen group therapy settings in the psychiatric Day-Hospital of the Medicine College in Ribeirão Preto – USP, with patients in partial internment. The methodology used was the quantitative-qualitative through the content analysis thematic categorial. The aims of this research were know the emergent themes in these settings; verify the frequency of the verbalizations emitted on by their members; search, through these thematic categories, the Social Representations of the mental disease, constructed by these groups, at the Day-Hospital/community interface. In these fifteen groups 2.459 speeches were emitted, 51 theme were brought up, which were grouped by similarity originating six thematic categories. The thematic category that provided a bigger verbalization was “symptoms (28%), followed by “disease” (18%); “treatment and recover” (16%); “interpersonal relationship”(16%); “day-hospital”(15%); and “discharge”(7%). The people studied represented the mental disease through the Symptoms and it passed the other thematic categories. Social Representations were found anchored to historic beliefs in which craziness is understood as meanness, impurity, weakness and of spiritual cause, that produces fear and stigma. However there were also representations anchored on the new paradigms of the “reified universes” science, in which the symptom is understood as a problem of the disease is also found and it is seen with hope for its “cure” and improvement through the treatment. It was also observed that, there is coherence between the aims of the Day-Hospital as therapeutic community and the patients representation of the treatment received there. It is concluded that the group therapies provided space for the patients to talk about their disease, which was significative and legitimated by the group.

**Key- words:** group therapy, mental health, social representation.

## INTRODUÇÃO

São múltiplas e complexas as determinações que culminaram em questionamento ao modelo alienista da internação psiquiátrica integral a partir do fim do século XIX e início deste. No Brasil, conforme relata Zusman (1992), o primeiro hospital dia, com internação parical, foi inaugurado em 1954, por L. Ferrão em São Paulo. Em 1961, M. Blaya cria na Clínica Pinel, em Porto Alegre, o primeiro Hospital Dia (HD) do Rio Grande do Sul. No mesmo ano, o serviço de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto instala seu primeiro HD coordenado por D.A.Neto, que funcionou até 1967. Em 1974 esta experiência foi retomada sob a coordenação de J.O.B. Contel (CONTEL, 1991, CAMPOS, 1996).

As grupoterapias em HD com pacientes psicóticos tornaram-se tratamento de escolha e demonstraram potencial para o desenvolvimento da capacidade destes pacientes para refletir e avaliar as questões individuais e do grupo; maior solidariedade nas relações interpessoais; iniciativa; participação; bem estar; redução na frequência de internação e menor hostilidade e alienação (CONTEL 1997; CALIL, 1991; GUIMARÃES, 1998).

Considerando a mudança de paradigma no modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil, onde a internação parcial é recomendada e que o HD da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto possui há mais de duas décadas uma intervenção de comunidade terapêutica, buscou-se como objeto de estudo desse trabalho as comunicações verbais emergentes nesses “settings” de grupoterapias. Trata-se de uma pesquisa exploratória onde estudou-se, através da análise categorial temática quanti-qualitativa, as comunicações verbais de uma população de pacientes psiquiátricos, enquanto membros da grupoterapia em um “setting” de hospitalização parcial (GUIMARÃES, 2001). Esse grupo de doentes mentais graves por possuírem uma identidade construída historicamente representam a interface sociedade/HD e trazem em suas representações o imaginário social sobre a doença mental denominado de “universos consensuais”, porém estão inseridos em um HD, que representa os avanços da ciência no entendimento da doença mental, sendo esse saber científico chamado de “universos reificados” (MOSCOVICI, 1978; ABRIC, 1998).

Segundo Abric (1998), a teoria das representações sociais (RS) é basicamente uma teoria sobre a construção social em dois sentidos. Primeiramente, as RS são socialmente construídas por meio de discursos públicos nos grupos. A forma como as pessoas pensam sobre as coisas ‘reais ou imaginárias’ do seu mundo, isto é, o conhecimento que as pessoas têm do seu universo, é o resultado de processos discursivos e portanto socialmente construídos. Em um segundo sentido, entretanto, esse conhecimento é criado, interpretado, assimilado e vivenciado pelo grupo. Se um grupo de pessoas se comporta como se a loucura fosse causada por possessão demoníaca, essa loucura se torna um fato em seu mundo. Agindo no sistema de representação, os membros de um grupo criam o objeto representado, dão-lhe significado e realidade. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes; de fato, a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo.

Esse trabalho pretendeu buscar, neste momento de transição, quais as RS que emergiriam em grupos já tratados em novos paradigmas. Deste modo, como será que estes sujeitos representam a doença mental? Essa maneira de representá-la ajuda na sua participação do próprio tratamento ou atrapalha? O fato de receberem um tratamento psiquiátrico alternativo, fez com que esses sujeitos rompessem com o estigma histórico que acompanha a doença mental? Em suas representações já aparecem os novos paradigmas do HD? Essas e outras indagações instigaram o interesse da autora para investigar essas questões e nortearam todo o trabalho desenvolvido.

## OBJETIVO

GERAL: Analisar as comunicações emergentes em 15 sessões de grupoterapias.

ESPECÍFICO: Identificar as temáticas emergentes nesses grupos e as representações sociais contidas nas falas dos sujeitos desses grupos.

## METODOLOGIA

Os pacientes que participaram deste estudo estavam em regime de semi-internação no HD psiquiátrico da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e os critérios estabelecidos para sua participação nos grupos foram a sua admissão ao HD e querer participar da pesquisa.

Participaram das 15 sessões de grupo um total de 26 pacientes, 1 terapeuta fixo e 1 co-terapeuta. O período da coleta de dados foi o correspondente a 5 semanas sem interrupção, com a frequência de três grupos por semana. Tratando-se de grupos abertos, houve rotatividade e variação do número de pacientes em cada grupo, em função de faltas, abandono e novas admissões. Os grupos foram heterogêneos quanto aos quadros psiquiátricos, idade, sexo, estado civil e escolaridade e homogêneos quanto a gravidade dos quadros e do sofrimento psíquico.

As sessões foram filmadas e transcritas na íntegra.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de modo a emergir da fala grupal as categorias temáticas que significassem as representações sociais desses pacientes sobre a doença mental.

Para a análise dos dados, seguiu-se as orientações de Bardin (1979), onde a análise de conteúdo é definida como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”;

(...) “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis e em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

(...) Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos o do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade.” (p.9).

As diferentes fases da análise de conteúdo organizaram-se em torno de três pólos cronológicos:

### I - Pré- análise

Tratou-se da organização propriamente dita. Correspondeu a um período de intuições, que teve por objetivo operar e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A fase de pré-análise foi de vital importância pois foi nesta fase que se definiu o processo de análise. A pré-análise foi constituída por 5 etapas:

#### 1- Escolha dos documentos

O documento utilizado foi as 15 sessões de grupoterapia, filmadas e transcritas na íntegra.

#### 2- Leitura “flutuante”

Sucessivas leituras foram realizadas, deixando-se invadir por impressões e significações do texto. Esta fase é chamada de *leitura “flutuante”*. Foi uma fase de muitos conflitos, dúvidas e cuidados. Como escreve Bardin (1979):

Esta atitude de “vigilância crítica”, exige o rodeio metodológico e o emprego de “técnicas de ruptura”, e afigura-se tanto mais útil para o especialista das ciências humanas, quanto mais ele tenha uma

impressão de familiaridade face ao seu objeto de análise. É ainda dizer não “à leitura simples do real”, sempre sedutora...De uma maneira geral, pode se dizer que a sutileza dos métodos de análise de conteúdo correspondem à *ultrapassagem da incerteza* (será minha leitura válida e generalizável?) e ao *enriquecimento da leitura* (pela descoberta de conteúdos e estruturas, pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que *a priori* não detínhamos a compreensão). ( p.28-9).

(...) A análise de conteúdo é um método muito empírico, depende do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe o pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento.... (p.30-1).

### 3- A formulação de hipóteses e objetivos

A análise de conteúdo possui duas funções diferentes: a *função heurística* e a função de administração da prova. Nesta última, as categorias são estabelecidas a priori e aplicadas ao material. Esta pesquisa seguiu o modelo heurístico, partindo para a análise dos dados de maneira exploratória, deixando emergir dos dados os elementos temáticos e através da organização desses temas, por semelhança, surgiram as categorias temáticas. Os dados obtidos nas grupoterapias foram consonantes com o interesse heurístico, visto que *os temas discutidos emergiram do grupo*. Como estes temas não são determinados, a priori, pelo terapeuta, antes da análise dos dados desconheciam-se os conteúdos que surgiriam.

### 4- Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores

Para a análise dos dados, seguiu-se o modelo estrutural que as sessões já traziam. Estabeleceu-se, como unidade de registro o “tema”.

O tema enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não de forma), onde o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas.

Usou-se como regra de enumeração, a frequência das verbalizações emitidas na discussão de cada tema, seja pelo terapeuta, co-terapeuta ou pacientes. Considerou-se verbalização (fala) a afirmação sobre o assunto que poderia ser um som, uma palavra, uma frase simples ou frases compostas.

### 5- A preparação do material deu-se da seguinte maneira:

Os 15 grupos foram digitados na íntegra, deixando um espaço livre à direita para o recorte dos elementos temáticos.

Optou-se por seguir a estrutura do grupo, de modo que os assuntos agendados foram considerados como *temas* e destacados em negrito e itálico,

## II -a exploração do material

Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita, não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (Bardin, 1979)

As regras previamente formuladas para a análise dos dados foram:

*Recorte:* a unidade de registro definida foi o tema (assuntos agendados). Sendo uma medida de significado, estabeleceu-se que seriam recortadas apenas falas que estivessem diretamente ligadas ao tema em discussão, na dúvida esta não seria recortada.

A regra de enumeração estabelecida foi a da frequência de verbalizações. O agrupamento das temáticas (assuntos) por semelhança de conteúdo deram origem às CATEGORIAS. Para a organização dessas categorias obedeceu-se aos critérios apresentados por Bardin (1979), a respeito de uma boa categoria, a saber: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Para a análise qualitativa das “falas” utilizou-se apenas as verbalizações explícitas sobre os temas abordados nos grupos. Cada tema, com suas verbalizações explícitas foi transcrito em uma ficha, e após inúmeras leituras foram sendo identificadas as unidades de significados das falas. As unidades de significados constituíram-se de uma palavra-chave que poderia resumir o conteúdo da fala, de uma frase. Foram realizadas releituras cuidadosas; para “localizar os significados que se repetiam, sendo compreendidas pelo emprego da mesma palavra, de sinônimos e encadeamento de palavras que produzem o mesmo significado.

Detectados os núcleos e evidenciadas as articulações entre eles, pode-se perceber, através dos diferentes discursos, grupos de idéias que se repetiam e que abarcavam características comuns, as quais são denominadas de REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (MOSCOVICI, 1978; MINAYO, 1994; SÁ, 1995; SPINK, 1995; OLIVEIRA, 1998).

### III- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados obtidos indicaram e possibilitaram uma leitura quanti-qualitativa, sendo que o aspecto qualitativo veio enriquecer e contribuir para a discussão qualitativa dos dados. Bardin (1979) aponta que :

Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagens), ou mais complexas (análise fatorial), permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, e pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.” (p.95-101)

## RESULTADOS

Participaram no total dos quinze grupos 26 usuários, sendo 46% do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Quanto a faixa etária: 15% tinham a idade de 17 à 20 anos; 15% de 21 à 30 anos; 19% de 31 à 40 anos ; 27% entre 41 à 50 anos; 12% de 51 à 60 anos e 12% de 60 à 73 anos. A faixa etária predominante foi de 31 à 50 anos, totalizando 46% dos sujeitos.

O estado civil predominante foi o de solteiro, 46%; seguido dos casados, 31%; separados, 15%; amasiados, 4% e viúvos 4%.

Quanto ao quadro psiquiátrico, o diagnóstico mais freqüente foi o de Transtorno de Humor, 50%, seguido de 38% de psicoses ( 23% de Esquizofrenia, 7% de Transtorno Esquizaofetivo, 4% de Transtorno Delirante, e 4% de Transtorno Psicótico Agudo e Transitório), 12% de quadros não psicóticos ( Transtorno Somatoforme 4%, T.O.C.4% e Transtorno de Personalidade 4%).

Para a análise quanti-qualitativa dos dados as verbalizações dos sujeitos foram contadas: por temas, por grupos e computadas no total dos 15 grupos.

Emergiram dos grupos 51 temas que agrupados por semelhança, deram origem a seis categorias temáticas. As categorias temáticas emergentes desses grupos foram: Sintomas (28% do

total das falas), Doença (18%), Tratamento e Melhora (16%), Relacionamento Interpessoal (16%), HD (15%) e Alta (7%). As categorias temáticas que geraram maior verbalização total foi “Sintomas” e “Doença”. A categoria menos falada foi “Alta”.

Dentro de “Sintomas” o medo foi uma verbalização bastante freqüente (22%).

“Eu vejo as coisas no meu quarto, eu acordo de noite e não consigo dormir, só que eu não chamo ninguém, eu começo a chorar e não saio do lugar, eu tenho medo” (9.1.14).

A “Doença Mental” foi verbalizada como desconhecida e inexplicável (21%):

“Ninguém sabe o que tem. Ninguém sabe diferenciar o que é da doença e o que é da própria pessoa...” (2.2.2).

“Eu acho que, como eu disse ontem, parece que nem os médicos entendem o que é loucura. Eu penso, para mim, que loucura é um desequilíbrio, como a Dr.<sup>a</sup> falou ontem, quando infringimos alguma regra e para mim eu não estou louca” (14.3.1).

O preconceito social sobre a doença mental foi denunciado nas falas dos usuários (18%):

“Esse sujeito já esteve internado” e um fica olhando para o outro, fica fazendo sinal” (6.1.5).

“Compra fiado e marca no gelo” (10.2.13).

A esperança frente à doença mental também foi verbalizada (17%):

“Ele tem que entender também, que não é que não tem mais jeito, tem tratamento para ajudar” (7.1.11).

“Ter planos é uma forma de deixar a chama da vida em pé. Eu quero viver esses quatro anos que fiquei me medicando! Eu acho que temos que sair daqui com planos” (2.2.12).

Observou-se que a presença ou ausência dos Sintomas determinaram a qualidade e a credibilidade das “Relações Interpessoais” dos usuários e que a qualidade deste relacionamento também interfere na manutenção ou não dos sintomas. Ocorreu pouca diferenciação entre doença mental e sintomas, sendo os sintomas entendidos como doença e a doença como sintoma. A doença mental (entendida através dos sintomas) é que traz o usuário para o tratamento e é a melhora do sintoma que faz com que este sinta-se curado e busque a alta. O HD foi relacionado com os sintomas e com o tratamento e melhora.

Nas verbalizações explícita dos temas em questão, que foram 634 falas, buscou-se as unidades de significado contidas nas categorias temáticas, das quais resultaram as subcategorias temáticas. Os núcleos de sentido que se repetiam foram considerados RS desse grupo estudado.

Através da análise das unidades de significado observou-se que a doença mental ainda foi representada como um fenômeno desconhecido e inexplicável (21% das falas dessa categoria temática), sendo confundida com os sintomas. Os sintomas, entretanto, já aparecem ancorados na representação ‘problema da doença’ (19%), havendo ainda permanências de representações da ‘loucura’ ancoradas há séculos atrás (de origem espiritual, maldade, impureza, ‘inexplicável’, fraqueza, etc.) que fazem com que os sintomas causem medo (22%), insegurança e isolamento (18%). O tratamento e a melhora são entendidos mais como cura do que como controle e processo (30%), como uma cura externa (17%) ou uma cura que depende de fatores internos, como bom comportamento, esforço e boa vontade (15%).

As relações interpessoais usuários/usuários são afetadas pelos sintomas e causam, entre eles, a polarização de representações com teor afetivo, estando de um lado, medo, preocupação, dó, aflição (54%) e, de outro, esperança, afeto, ajuda e união (46%). Nas representações das relações interpessoais com os médicos, aparecem: a possibilidade da avaliação crítica do atendimento (17%), sentimentos de afeto (17%), apego e apoio (29%), confiança e segurança (20%), indiferença (11%) e abertura (6%).

A relação interpessoal usuários/famíliares foi representada através da dependência (37%), descrédito (14%), rejeição e abandono (14%), superproteção (12%), ‘normal’ (12%), preconceito (8%) e gratidão (4%).

O HD foi representado como um local de tratamento e cura (24%), de apoio (7%), de liberdade (15%) e de abertura (9%). Há sentimentos de esperança (10%), afeto (10%) e confiança (12%). Apareceram representações ainda ancoradas nas antigas formas de manejo da DM, visto que surgiu a representação do HD como um local ameaçador (15%) e indiferente (11%).

No grupo estudado a alta foi representada como a conquista da saúde e da produtividade (28%), como esperança (21%), como sentimentos de orgulho e gratidão (18%), mas também como perda da proteção do HD (10%), das amizades (13%), da equipe (10%).

O grupo estudado é formado por pacientes provenientes da comunidade, que trazem consigo as RS do senso comum sobre a ‘loucura’ e também é composto por representantes do HD (terapeuta e co-terapeuta), que trazem consigo as representações da ciência. Essas características tornaram esse grupo um objeto de estudo em RS muito rico, pois trouxe a interface HD/Comunidade, em um momento de transição do modelo psiquiátrico brasileiro.

Segundo Moscovici (1978), além do senso comum concebido como “um corpo de conhecimentos produzido espontaneamente pelos membros de um grupo e fundado na tradição e no consenso, surge na nossa época um novo tipo de senso comum, novos saberes sociais ou populares, conhecimentos de segunda mão, cuja operação básica consiste na contínua apropriação das imagens, das noções e das linguagens que a ciência não cessa de inventar”.

Observou-se nas falas desse grupo, a presença de conceitos provenientes dos ‘universos consensuais’ e a ‘ancoragem’ de novos conceitos, provenientes dos ‘universos reificados’ da ciência, formando novos ‘universos consensuais’, nos quais se observa a mistura de antigas representações com as novas representações.

“Eu queria colocar, se for depressão, como panela de pressão, na panela de pressão sai para fora e nós não soltamos a nossa pressão logo, tem que estourar em algum lugar” (15-53).

“As pessoas acham que sou louco, falam assim: você já tomou seu Gardenal?, começam a fazer graça, ficam me rejeitando” (1.1.2).

As RS trazem em si, conforme aponta Sá (1995), elementos cognitivos, afetivos e sociais. O elemento afetivo que se destacou na categoria temática Sintomas, foi o medo e a insegurança. O elemento cognitivo foi o entendimento deste modo, como: a) um sintoma da doença mental; b) o medo do sintoma como elemento desorganizador e c) sobretudo o medo do sintoma como algo inexplicável e sobrenatural. No imaginário social desse grupo, nota-se a permanência de representações sociais antigas, nos quais as alucinações eram significadas como uma manifestação de espíritos maus e demoníacos. Esse imaginário social, apesar de encoberto, é responsável pelo medo frente aos sintomas.

“O meu sintoma é assim: eu tenho medo de ficar dentro de casa, eu tomei Diazepan para esquecer que estava com medo” (2.1.8).

As verbalizações abaixo contêm conceitos ‘ancorados’ nos ‘universos reificados’, onde ocorre a apropriação parcial dos conceitos criados pela ciência:

“Eu sou leigo em medicina, mas a minha doença se chama esquizofrenia paranóide, é mal da meia idade” (2.4.3).

“Todo psiquiatra acha que o problema da gente é na cabeça, não faz um traçado, um exame, uma tomografia, para ver o quê que é” (6-1).

Através dessas falas, pode-se observar que existe a ‘objetivação’ da idéia de que a loucura é uma doença, porém esses conceitos estão desarticulados. Ocorre a idéia de que, se é doença, é física e tem que aparecer no traçado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse momento de transição psiquiátrica no Brasil, observa-se nos grupos terapêuticos o processo de construção de novas representações sobre a doença mental, ‘ancoradas’ e ‘objetivadas’ nos ‘universos reificados’ da ciência. Isso demonstra que nas RS desses usuários sobre a ‘loucura’, estão ocorrendo gradativamente a apropriação dos conceitos mais atualizados em saúde mental.

“Uma realidade social, como a entende a teoria das RS, é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos ‘universos consensuais’. Aí operam os processos pelos quais ele passa a ser familiar, perde a novidade, torna-se socialmente conhecido e real. O fato de que isso ocorra sob o peso da tradição, da memória, do passado, não significa que não se esteja criando e acrescentando novos elementos à realidade consensual, que não se esteja dando prosseguimento à construção do mundo de idéias e imagens em que vivemos” (SÁ, 1995, p.37)

Através da análise dos dados obtidos nesses grupos observou-se que nas comunicações interindividuais, ocorreu a ‘ancoragem’ de conceitos da psiquiatria, da psicanálise e da comunidade terapêutica, que constituem os ‘universos reificados’, aos ‘universos consensuais’ já existentes. Logo, esse processo de ‘ancoragem’ de novas RS, que é lento e gradativo, está ocorrendo e foi constatado na fala do grupo estudado. Contudo, ainda ocorrem permanências de RS da ‘loucura’, que podem dificultar a adesão ao tratamento proposto e contribuir para uma atitude passiva e de desvalorização pessoal, em função do estigma e da exclusão que apareceram nas representações, não só por parte da comunidade e familiares, como deles mesmos.

Houve coerência entre os objetivos do HD e as representações dos pacientes sobre o tratamento recebido. Constatou-se, ainda que as grupoterapias ofereceram espaço e legitimação para as falas dos usuários.

**Palavras- chave:** grupoterapia, saúde mental, representação social



## BIBLIOGRAFIA:

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: AB Editora, 1998. p.27-37.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- CALIL, L. C.; SILVA, A. A.; SAKURAY, M. Tratamento em Grupo de Pacientes Psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.42, n.10, p.537-40, nov/dez. 1991.
- CAMPOS, M. A.; CONTEL, J. O. B. Manual de Serviço do HD da Disciplina de Psiquiatria – HCFMR-USP. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1996.
- CONTEL, J. O. B. Quinze anos de Hospital-Dia: Contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.163-9. mai.1991.
- CONTEL, J. O. B. Prática com grupos especiais: psicoterapia de grupo com pacientes internados e egressos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 268-82, 1997.
- GUIMARÃES, A. C. P. C. Grupoterapia em Hospital Dia Psiquiátrico: uma revisão da literatura. In: CONTEL, J. O. B. (org.). *VI Anais do Ciclo de Saúde Mental*. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 1998.
- GUIMARÃES, A.C.P.C. *Grupoterapia em Hospital Dia: uma análise temática de quinze sessões* Dissertação (mestrado em Saúde Mental) -Faculdade de Medicina /USP. Ribeirão Preto, 2001..
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: AB editora, 1998.
- MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- OLIVEIRA, F. B. Grupo operativo no Hospital-Dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.44. n.11. p.583-7. 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID –10*. Descrições clínicas e diagnósticas. Trad. D. Caetana. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1993.
- ORTIZ, M. A., TOSTES, V. M. C. S. Uma experiência com grupo de familiares no Hospital-Dia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.41. n.6. p.305-8. jul. 1992.
- SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (org.). *O conhecimento no cotidiano*. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, cap.1, p.19-45.
- SPINK, M. J. O estudo empírico das Representações Sociais. In: \_\_\_\_\_ (org.). *O conhecimento no cotidiano*. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995. Parte I, cap.5, p.85-108.
- ZUSMAN, J. A. Hospital-Dia: uma perspectiva histórico-crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.41, n.8, p.3938, set. 1992.

E-mail: acpc.guima@bol.com.br