## II. Estudo do primeiro Congresso Mineiro de Psiquiatria

O I Congresso Mineiro de Psiquiatria apresentou uma característica *sui generis* em sua organização: funcionou em pequenos grupos e não por meio de conferências ou mesas-redondas. Considerando-se a experiência pioneira, foi interêsse da Comissão Científica providenciar que se fizesse um estudo da dinâmica do Congresso em seu conjunto. Recebemos então da Comissão Científica do I Congresso Mineiro de Psiquiatria o pedido da análise psicossocial do mesmo.

Dada a semelhança de organização do congresso com trabalhos de Kurt Lewin sôbre grupos e mudança de atitudes, tomou-se então aquêle modêlo teórico como ponto de partida para estudo e avaliação do congresso. Para elaboração dos instrumentos de análise, entretanto, os autores considerados foram, além de Kurt Lewin, Rodrigué, André Levy e Caudill.

Decidimos para a análise do congresso um plano em três etapas:

1. Observação direta da dinâmica dos pequenos grupos.
2. Medida indireta dessa dinâmica através do teste sociométrico.

3. Medida indireta de atitudes em relação à temática do congresso: — comunidade terapêutica — antes e após o congresso, através de escalas de atitude.

O modêlo de Kurt Lewin levou à hipótese de que ocorreria mudança de atitude em relação ao tema do congresso e à idéia de testar esta hipótese pelo uso de escalas de atitudes. Quanto aos conceitos de comunidade terapêutica, utilizamos aquêles de A. Levy, E. Rodrigué e W. Caudill.

O presente trabalho apresentará apenas as conclusões a que chegamos, na análise psicossocial do congresso, no tocante às atitudes dos congressistas em relação à comunidade terapêutica.

*Metodologia*

Hipóteses: 1. Quando as pessoas, em congresso, participam de discussão em pequeno grupo, há uma tendência à mudança de atitude em relação ao tema discutido.

No caso específico com relação à comunidade terapêutica.
Definição dos sujeitos com relação ao pólo tradicionalista ou modernista.

2. A mudança de atitude dos membros dos grupos será diversificada, nos diferentes grupos de profissionais, quanto ao grau de resistência à mudança.

*Consideramos*

Atitude — uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genèricamente, a qualquer acontecimento ocorrido no nosso ambiente. A medida de atitude seria feita por meio de escalas que explorariam os três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. Em relação à comunidade terapêutica, objeto da atitude na escala — o aspecto cognitivo seria definido pelas crenças, o afetivo pelo sentimento, e o comportamento tal pelas disposições de agir, em relação à comunidade terapêutica.

Mudança de atitude — diferença significativa entre as médias obtidas em uma primeira e segunda aplicações de escalas paralelas. A mudança poderia ser favorável ou desfavorável em relação ao objeto — (Valência positiva ou negativa).

Comunidade terapêutica — organização social hospitalar que enfatiza a ação social considerando êste tipo de ação parte vital e dinâmica do tratamento. Para alcançar êste tipo de ação procuraríamos: 1. criar oportunidades reais para os pacientes poderem assumir uma participação ativa no govêrno da comunidade. 2. um clima emocional ótimo; tolerância e permissividade. 3. aumento da comunicação integrupal dentro da instituição.

*Variáveis*

Variáveis independentes: 1. A situação do congresso em pequenos grupos.

2. A constituição diversificada do grupo, com a participação de diferentes profissionais tal como na comunidade terapêutica.

Variável dependente: Mudança de atitude em relação à comunidade terapêutica.

Sujeitos: 120 profissionais: médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras, e médico clínico (a enumeração dos profissionais segue a ordenação do número maior ou menor de representantes de cada grupo).

Uma característica comum entre os sujeitos é aquela de lidarem em hospitais psiquiátricos. É interessante notar, também, que, em sua grande maioria, eram formados há menos de 10 anos.

*Procedimentos*

*A escala.* Foi construída especialmente para essa análise uma escala de atitudes, do tipo Lilkert. Selecionados os itens de consistência interna, organizamos então duas escalas — forma *A*, forma *B* — paralelas quanto ao tipo de itens e áreas de investigação: participação do paciente no govêrno da comunidade;

— clima emocional: permissibilidade e tolerância,

— comunicação intergrupal: supressão de barreiras, redução da diferença entre *status* e papel etc.

Outro critério de equivalência das escalas foi aquêle de não haver diferença significativa entre as médias.

Primeira aplicação: A forma *A* da escala foi aplicada antes da primeira discussão em pequeno grupo, juntamente com uma ficha de informações sôbre: ano de formatura, habilitação, sexo, idade do congressista. Primeiramente responderam à escala e ao questionário os congressistas coordenadores de grupo, bem como a Comissão Científica. Nesta fase foram aplicadores os membros da equipe responsável por êste trabalho. Os demais participantes responderam à escala e ao questionário aplicados pelos coordenadores de grupo, logo, ao se reunirem para a primeira discussão em grupo.

Segunda aplicação: Forma *B* foi aplicada ao final da última sessão de grupo, e o procedimento foi semelhante àquele da primeira aplicação.

*Resultados:*

*Tabela 1*

Média de pontos nas 2 formas

ESCALA ATITUDE S/COMUNIDADE TERAPÊUTICA

RESULTADO GLOBAL – junho/70

| | | |
|---|---|---|
| FORMA A (antes) | 82,0 | Diferença significante ao nível 01 |
| FORMA B (depois) | 78,0 | |

Máximo de pontos – 100 em cada Forma

*Tabela 2*

Média de pontos – 2 formas

ESCALA DE ATITUDE S/COMUNIDADE TERAPÊUTICA

– Diferentes grupos – junho/70

| *Grupos Profissionais* | *Forma A* | *Forma B* | *Diferença* |
|---|---|---|---|
| PSIQUIATRA | 80,6 | 74,0 | Signif. 0,25 |
| PSICÓLOGO | 91,0 | 82,5 | Não sig. 0,05 |
| ASSIST. SOCIAL | 69,0 | 67,5 | Não sig. 0,05 |
| ACADÊMICO PSICOL. | 86,4 | 84,2 | Não sig. 0,05 |

Máximo de pontos – 100 em cada forma

*Análise dos Resultados*

Observando-se os resultados, vê-se que houve uma diminuição da média de uma escala para outra, ou seja, da primeira para a segunda aplicação. Apesar de pequena, apenas quatro pontos, a diferença foi significante ao nível de 01. Em linguagem estatística, podemos considerar então que o congresso funcionou no sentido de modificar as atitudes dos participantes, que de uma atitude mais favorável, ao objeto, passaram a outra menos favorável (pólo tradicionalista).

É interessante notar que a mudança ocorreu paradoxalmente no sentido de favorecer à prática de uma política assistencial conservadora. Êste fato pode ser alvo de diferentes avaliações e interpretações. Porém, evidências das observações diretas das discussões de grupo durante o congresso nos possibilitam limitar as interpretações e algumas poucas hipóteses.

Embora a hipótese de trabalho fôsse da possibilidade de mudança em dois sentidos, havia subjacente a expectativa de que houvesse mudança maior favorecendo a aceitação de comunidade terapêutica e das idéias modernistas no tocante à política assistencial ao doente mental.

Parece que a situação do congresso colocou em evidência, para os participantes de um modo geral, que a rejeição total do tipo de assistência hospitalar clássico, por atribuir-lhe valência negativa, era de algum modo falso. Aconteceu, por exemplo, durante as discussões, os participantes se "surpreenderem" com os méritos de terapêuticas que consideravam "inteiramente superadas". Também notou-se certa ambivalência, no tocante à comunidade terapêutica, que se de um lado, num nível de irrealidade, tinha valor positivo, de outro, em alguns passou a ser vista com obstáculos e aspectos "negativos", econômicos por exemplo, para ser colocada em prática.

Outro aspecto a ser lembrado, é que o próprio processo do congresso, repetindo em seus grupos organização similar àquela preconizada pela filosofia da comunidade terapêutica, introduziu a vivência da situação, sem um preparo prévio da equipe. Dêste modo, podem ter sido despertadas resistências mais ligadas às pessoas que ao conteúdo discutido, e a resistência à mudança no sentido modernista pode ter ocorrido como conseqüência de barreiras de comunicação e não representar uma resistência real à filosofia da comunidade terapêutica. Pode ser que determinadas pessoas tenham passado a ser vistas como representantes da comunidade terapêutica e a oposição se fêz em têrmos da percepção dos congressistas a propósito de tais pessoas. Com relação à análise dos resultados dos grupos, observamos que apenas o grupo de psiquiatras apresenta mudança significativa, embora os demais grupos caminhem em um *continuum* em direção ao pólo tradicionalista (ver tabela 2).

Outras hipóteses podem ser levantadas considerando-se tais resultados.

1. Os psiquiatras representam um grupo com *status* profissional definido, desde que sua profissão é mais antiga, com maior representação e prestígio social. Aceitar a comunidade terapêutica pode significar para êles compartilhar suas posições com outros profissionais. No congresso, de certo modo, isto foi feito: teòricamente todos os profissionais tinham o mesmo direito de emitir opiniões. Portanto, de algum modo, o psiquiatra experimentou o processo (comunidade terapêutica) e o mesmo não teve valência positiva. De um nível teórico, suas expectativas passaram ao nível da realidade, e isto se refletiu num retrocesso, no sentido do pólo tradicionalista.

2. Quanto ao psicólogo, parece ocorrer exatamente o inverso do que foi dito sôbre os psiquiatras: profissão nova, sem posição social definida,

com pretensões a uma definição mais vantajosa de seu *status*. Aceitar a comunidade terapêutica é-lhe vantajoso, e de certo modo é aceitar-se num *status* igual ao psiquiatra.

3. A assistente social talvez tenha mais experiência em trabalhar em hospital onde seu *status* já é mais ou menos definido. A dificuldade de aceitação da comunidade terapêutica talvez seja fruto de certa descrença em aceitar e ser aceito por outros profissionais, isto porque sua profissão é considerada semi-especializada. Talvez a assistente social esteja, na base da pirâmide do poder do hospital, sofrendo o processo que vem do ápice da mesma onde se encontra o psiquiatra.


As vítimas dos campos de concentração, os expatriados e os perseguidos da última Grande Guerra foram os elementos iniciais que permitiram a Elso Arruda, Psiquiatra e Psicólogo do ISOP, estabelecer um conceito de opressão e revelar seus efeitos orgânicos, psíquicos, anímicos e existenciais.

**Síndrome de Opressão** relaciona as causas gerais dos transtornos de personalidade a que estão sujeitas ainda hoje as vítimas de guerra. E demonstra como a opressão se manifesta em tempos de paz, com efeitos não menos graves, sobretudo quando suas vítimas são crianças.

O livro se reveste também de interêsse metodológico, pois a exposição da tese da opressão se constitui em um modêlo nôvo para descrição e explicação dos estudos da Psicologia em geral.

À venda nas principais livrarias ou pelo reembôlso postal. Pedidos para a FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS — Praia de Botafogo, 188, C.P. 21.120, ZC-05, Rio de Janeiro, GB.