

# Atendimento grupal em psiquiatria

*Silvia Regina Gomes Fenerich\**

*Ilza Bornschlegell\*\**

## Resumo

*Frente à complexidade dos aspectos bio-psicossociais envolvidos no adoecimento psíquico o tratamento medicamentoso na clínica psiquiátrica é limitado. Questões do cotidiano como paixão, separações, privação financeira, violência, etc, fazem os pacientes sofrerem e muitas vezes produzem sintomas tais como: pânico, ansiedade, depressão e outros. A abordagem grupal surge como uma possibilidade de ampliar esse cuidado através da criação de um espaço de fala e escuta de temas comuns entre seus participantes. O presente trabalho tem como objetivo refletir sobre uma experiência de atendimento psiquiátrico em grupo no serviço público do Município de São Paulo, ampliando a visão meramente medicamentosa do mesmo e incentivando ações de promoção e prevenção de saúde.*

**Palavras-chave:** *atenção em saúde mental; psiquiatria e saúde pública; grupo de saúde mental.*

## Abstract

*In face of the complexity of bio-psychosocial aspects involved in mental illness, medication treatment in a psychiatric clinic is limited. Daily issues such as passion, splitting, financial deprivation, violence and so on cause patients suffering and, usually, generate symptoms such as panic, anxiety, depression and others. A group approach appears as a possibility for enlarging this care through a special session for talking and listening about common topics of interest for the involved group. This study aims to examine an experience of*

---

\* Médica psiquiatra do Ambulatório de Especialidades Maria Cecília Donnangelo da Prefeitura do município de São Paulo.

\*\* Auxiliar de enfermagem do Ambulatório de Especialidades Maria Cecília Donnangelo da Prefeitura do município de São Paulo.

*a psychiatric group treatment at a Public Health Service in Sao Paulo city, enlarging a mere drug treatment view and stimulating actions for promoting health and preventing illnesses.*

**Keywords:** *mental health care; psychiatry and public health; mental health group.*

## INTRODUÇÃO

No atendimento psiquiátrico ambulatorial, observamos que muitas pessoas fazem uso de medicação há vários anos e apresentam-se por suas doenças: “sou depressiva...”, “tenho síndrome do pânico” etc. São, muitas vezes, aposentadas por invalidez, isto é, são consideradas incapazes de exercer uma atividade profissional e recebem um benefício mensal do INSS.

Algumas dessas pessoas chegam a se questionar a respeito de seus sintomas, mas, para a maioria delas, a procura é mesmo a de um remédio ou de um laudo médico que ateste sua condição de invalidez, de tempos em tempos, através de um código de doença. Para muitas famílias, em função da precariedade financeira existente essa é, aliás, a sua única possibilidade de renda.

Assim, a possibilidade de qualquer mudança na vida, mesmo que as queixas sejam reiteradas, as remete a uma angústia insuportável.

Levantamos a hipótese de que esse comportamento possa ser descrito como uma manifestação humana em nossa cultura atual e a clínica psiquiátrica, tal como ela se apresenta a esses sujeitos, relacionando sintomas à medicação e diagnósticos como caminho possível para cuidar dos sofrimentos psíquicos, vem colaborando no processo de alienação humana.

Foucault (1980), relacionando as práticas do discurso com as práticas sociais, refere que o nascimento da psiquiatria e da doença mental, como entidade, ocorre fundamentalmente com a função social de maior controle das individualidades e da circulação do louco, tendo o psiquiatra como seu agente principal.

Acreditamos que as ciências sociais também teriam muito a contribuir para a reflexão sobre essa situação, no tocante ao lugar do psiquiatra

num sistema capitalista neoliberal com tanta desigualdade social. Mas não será esse nosso caminho neste momento.

Optamos por refletir sobre outro papel social atribuído ao do psiquiatra que é o de nomear o sofrimento humano através de diagnósticos e dispor da psicofarmacologia como ferramenta para aliviá-los.

Mas o que fazer com tal demanda que solicita, sem termo intermediário, o remédio associado ao diagnóstico? Recusá-la simplesmente?

Relataremos neste texto a experiência de atendimento psiquiátrico grupal que é uma das ações feitas pela equipe de Saúde Mental do Ambulatório de Especialidades Maria Cecília Donnangelo – V. Brasilândia (Zona Norte do município de São Paulo).

O Distrito de V. Brasilândia / Freguesia do Ó tem uma cobertura populacional de 392.251 habitantes (IBGE, 2002). A maioria da população vive em precárias condições quanto à moradia e subsistência, com grande número de favelas e desemprego. As questões relacionadas à violência urbana e ao tráfico de drogas fazem parte do cotidiano da população, sendo geradores e agravantes de muitas queixas em Saúde Mental.

Essa unidade que, antes da gestão do PAS, se caracterizava por predomínio de atenção à Saúde Básica, com ações preventivas e curativas, sob aquela gestão, passou a ter a característica de ambulatório de especialidades, com predomínio do modelo clínico, com intervenções basicamente medicamentosas.

Na área de Saúde Mental, criou-se uma alta demanda de pacientes dependentes de benzodiazepínicos. Havia pouca interação entre os profissionais e outros serviços da região.

Em 2001, com o retorno para a administração pública, fez-se necessária uma redefinição de objetivos, tanto do ponto de vista gerencial (descentralizado e de base comunitária) quanto técnico (compreensão da determinação social no processo saúde-doença).

No que se refere especificamente à Saúde Mental, os profissionais envolvidos nesse atendimento na região passaram a reunir-se quinzenalmente com a Articulação de Saúde Mental do Distrito para a elaboração

de um projeto coletivo que levasse em conta a construção de uma rede assistencial substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e que fosse flexível e continente ao tratamento do sofrimento psíquico.

A discussão, a respeito da repercussão desses referenciais na prática, está apenas começando, mas alguns princípios básicos foram consensuais e devem ser levados em conta na organização do serviço:

- uso racional da medicação
- não aceitação da demanda de outra secretaria sem uma discussão inter-setorial prévia (educação, justiça, etc)
- articulação com outros distritos

A definição da instituição como ambulatório de especialidades leva à possibilidade de uma reorganização desses profissionais, em função de novos projetos, e surgem várias possibilidades a partir da articulação com as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) da região.

Fala-se da necessidade de flexibilidade nas ações, de não se deixar capturar no agendamento, para que haja disponibilidade para ações intra e extra-instituição.<sup>1</sup>

O atendimento psiquiátrico se limitava à população de abrangência do ambulatório, dentro do programa da equipe de saúde mental. Com o acolhimento e o trabalho em equipe, o atendimento psiquiátrico passa a ser uma das ações possíveis da equipe de saúde mental e o espaço das discussões de caso em equipe possibilita um reposicionamento da clínica.

## UM POUCO DE HISTÓRIA DA CLÍNICA

No final do século XVIII, a medicina passa por uma mudança em seus objetos, conceitos e métodos e a criação da instituição clínica conduz e organiza uma determinada forma do discurso médico, tentando dar conta da *incerteza* do conhecimento da medicina através de uma aproximação com a matemática, com um método. (Foucault, 1980)

---

<sup>1</sup> Os especialistas dos ambulatórios passariam a atuar como apoio e capacitação das equipes do PSF, da rede básica, além do atendimento mais próximo para os casos mais difíceis.

Os *problemas do espírito* que, durante a Idade Média e o Renascimento, eram considerados – e o são ainda, em certas culturas - como doenças sobrenaturais, ganham o estatuto de doença e surge a psiquiatria, que tenta lançar mão, a princípio, da noção de doenças dos órgãos e das funções, bem como das classificações nosológicas utilizadas pela clínica médica. Mas, longe de haver uma compreensão dos sintomas na história do indivíduo doente, esse período foi caracterizado por uma descrição exaustiva dos mesmos através de observação, construindo extenso material de estudo referente ao diagnóstico e prognóstico dos distúrbios mentais, com uma aproximação da psiquiatria com a biologia e a neurologia. (Ey, 1978)

No final do século XIX e início do século XX, vários psiquiatras se posicionam contrários à psiquiatria clássica (dentre eles, Bleuler) e destacam-se dois movimentos importantes interrelacionados : a psiquiatria dinâmica e a psicanálise.

## A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA HOJE

Birman (2002) refere que, atualmente, a psiquiatria teria atingido suas pretensões originárias, senão pelas sendas anátomo-clínicas como se pretendia no século XIX, mas pelos avanços da psicofarmacologia, das neurociências e da genética, através de uma prática massificante que adota a *crença* na droga como paradigma e investe nos sintomas e nas síndromes mentais como se fossem comparáveis ao que se encontra no campo da medicina somática.

O autor destaca que “existiria, aqui, a produção efetiva de algo da ordem da iatrogênese, na maneira pela qual o paradigma em causa legitima certas escolhas teóricas e exclui outras, delineando, conseqüentemente, certas decisões terapêuticas. Tudo isso se faz com certas exclusões sistemáticas, pela própria natureza do recorte que é assim destacado. Estas estratégias, no entanto, têm concretamente desdobramentos catastróficos, se considerarmos os efeitos de desorganização simbólica que são aqui engendrados”. (2002, p 52 )

Não há porque recusar os avanços da ciência, no que diz respeito às neurociências e à psicofarmacologia , mas reduzir o sofrimento psíquico

ao biológico traz uma visão dualista mente/corpo, limitada e limitante. Por outro lado, a pressa na definição de uma categoria diagnóstica muitas vezes tem um efeito obturador em relação a um momento de inquietação a ser compreendido.

## A DESCONSTRUÇÃO, OU UMA NOVA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Vimos que, no decorrer da história, o lugar do psiquiatra (como o do médico) tem sido o lugar da certeza, sendo que, nesse percurso, ele é recolocado freqüentemente nesse lugar por pacientes e familiares. Vimos também os custos dessa prática na clínica, caso ela se encerre nisso.

A noção de inconsciente e o referencial teórico da psicanálise alteram essa cena, mudam os textos, pois trazem novamente para o psiquiatra a questão da incerteza sobre o que é observado no paciente e sobre o conteúdo e significado do seu discurso, o que a psiquiatria clássica tentava objetivar.

Mas o sintoma persiste, goza, insiste em manter-se, atrelado a ganhos secundários que desafiam até a psicofarmacologia.

Na experiência grupal, essa situação se modifica muito: coloca-se em cena o outro, ampliando a possibilidade de compreensão do sintoma, mobilizando inibições narcísicas, proporcionando simbolizações decorrentes do processo grupal, questionando o lugar da medicação e a fixidez diagnóstica

## A SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO

O atendimento psiquiátrico na unidade é feito em grupo (com algumas exceções).

Após o acolhimento e discussão do caso em equipe, se houver referência de uso de medicação psiquiátrica há muitos anos e/ou necessidade de laudo para o INSS, a pessoa é encaminhada para o grupo, aguardando o agendamento. Casos mais graves, como egressos de internação psiquiátrica, casos de primeiras crises e de gestantes com sofrimento psíquico são priorizados.

São indicados também outros espaços de tratamento, tais como grupos psicoterápicos, grupo de fala, grupos de abordagem corporal (Liang Gong, Alongamento), grupo da terceira idade etc.

Avaliamos que 60% da demanda se constitui de pessoas com transtornos neuróticos moderados ou graves, com sintomas fóbicos, depressivos e ansiosos, 15% de quadros psicóticos e 25% de outros quadros, incluindo quadros orgânicos, como deficiências com alterações psicóticas, epilepsias, alcoolismo e drogadição.

A formação desse grupo ocorreu após o atendimento individualizado, em psiquiatria clínica, realizado durante o ano de 2001 para aproximadamente 300 pessoas, sendo que a grande maioria fazia uso de ansiolíticos há vários anos.

Tínhamos, como princípio, reavaliar a necessidade e a indicação da medicação psiquiátrica e abordar com os pacientes a questão da dependência a essas medicações, quando estas situações ocorriam.

Após esse período, foram possíveis algumas altas, mas na grande maioria das pessoas observava-se pouca mudança em suas posições subjetivas.

Diante de nossa hesitação para prescrever um ansiolítico que era usado por ela há anos, a paciente nos diz, em pé, com as mãos na cintura: “Era só o que me faltava, uma psiquiatra que não dá remédio !

Perguntamo-nos se uma outra abordagem do psiquiatra possibilitaria um outro processo na clínica, mesmo que ainda se falasse de remédio e de diagnóstico.

A alternativa proposta foi realizar atendimentos grupais que privilegiassem a escuta, situando dentro da história de cada um o lugar que ocupava a medicação, flexibilizando e ampliando as possibilidades de respostas diante de situações geradoras de ansiedade dentro do cotidiano.

Passamos a realizar grupos semanais, com frequência determinada pela necessidade de cada caso e, com o desenvolver dessa atividade, esses grupos passaram a se constituir como um importante espaço de trocas de experiências e, inclusive, de continência para situações de crise.

A questão do diagnóstico e da medicação sofreu um deslocamento; a fala e a escuta grupal com relação ao sofrimento ganharam predominância.

Pessoas novas entram semanalmente com novas questões e novos olhares para problemas antigos, provocando movimento na dinâmica grupal.

## SOBRE O GRUPO

O grupo acontece às segundas e quartas feiras. Há um número de pessoas agendadas, mas é aberto para a possibilidade de acolher intercorrências no período entre retornos. O retorno é de aproximadamente quatro meses para quadros estabilizados e varia para pacientes em crise.

Os pacientes comparecem, às vezes com seus familiares, ou com uma outra pessoa que eles queiram trazer no grupo.

Esse grupo tem três horas de duração, sendo que as duas primeiras horas são para “conversar sobre a vida” e, na última hora, são feitas as receitas, ocasião em que se discutem alguns aspectos práticos da mesma com cada paciente.

É difícil pensar na perspectiva do processo grupal, uma vez que cada grupo é inédito. Os grupos se iniciam com a apresentação de cada membro, inclusive os acompanhantes (que muitas vezes não querem se identificar, dizendo que *quem tem problema* é o outro, que estão só acompanhando).

Esse *contrato* facilita a construção de um espaço de continência grupal, mas nem sempre ele dá conta das várias situações disruptivas que ocasionam um transbordamento e pedem uma atuação mais diretiva da coordenação.

A coordenação é feita por uma psiquiatra, e por uma auxiliar de enfermagem. A estratégia usada é a de possibilitar a circulação da palavra.

O tema/queixa, trazido por uma (ou algumas) pessoa(s), é colocado para o grupo pela coordenação como uma questão a ser refletida e, se faz sentido naquele grupo, funciona como um disparador de associações de idéias, de relatos de vivências.

Na segunda fase do grupo, é feita a avaliação de cada caso, dentro do referencial teórico da psiquiatria, com mudanças na medicação se for necessário. São também solicitados os exames auxiliares para o tratamento, discutidas as questões trabalhistas (afastamento do trabalho e laudos do



INSS) e feita a sensibilização para aderência a outras formas de tratamento, quando indicadas (acupuntura, psicoterapia, atividade física, atividades de relaxamento, espaços de convivência, etc.).

Esse grupo acontece desde 2003, e temos passado por vários momentos difíceis: um deles foi quando houve a saída da outra psiquiatra da unidade e foram necessárias mudanças para incorporar cerca de 300 pacientes; outro, mais recente, foi quando percebemos um desgaste por parte da coordenação, Por ocasião das férias de uma das coordenadoras, a equipe se revezou na composição da dupla e várias questões e sugestões foram levantadas, tais como:

As pessoas viriam ao grupo, se não fosse o remédio? Teria jeito de separar o espaço da conversa do espaço do remédio, compondo dois grupos? Do que dá conta esse grupo?

Para a psiquiatra, havia a questão de que aquele grupo não se constituía num *grupo de medicação*, já que tinha conseguido atingir o objetivo de ampliação da queixa, de circulação das experiências, mas ainda era muito centrado na figura do psiquiatra, ou daquele que faz a receita do remédio. Poderia ser diferente?

Descreveremos a seguir um encontro grupal que ilustra essa prática e nos permite discutir alguns aspectos teóricos dessa proposta.

## RELATO DE UMA SESSÃO

Percebemos que as pessoas não estão esperando o início do grupo pelos corredores como de costume, mas já estão sentadas, a sala está cheia, mais de vinte pessoas.

Pensamos que aquele seria um grupo difícil: muitas pessoas, gente que nós nunca tínhamos visto, uma pessoa chorando... Mas sentimos uma harmonia, um contorno naquele grupo.

As pessoas se apresentam dizendo o nome, onde moram. Algumas fazem comentário sobre conseguir ficar sem remédio alguns dias e/ou sobre a diferença em seu tratamento atualmente, depositando na “doutora” todas as melhoras. Questionamos.

Marisa, quando se apresenta, refere que achou uma oração que lhe fez bem, por isso fez cópias e trouxe para distribuir no grupo. Todos começam a lê-la em silêncio, perguntamos se alguém quer fazê-lo em voz alta (há analfabetos no grupo). Marisa passa à leitura.

Maria I. comenta sobre o poder da fé e da decisão de cada um para melhorar, pensa que o sofrimento vem de coisas que aconteceram na infância, coisas vividas com o pai e a mãe, da falta de um apoio.

Cristiane, que está se recuperando de uma nova crise, fala do poder de Deus, diz que ela já foi do outro lado e viu como são as coisas, que tudo está nas mãos de Deus...

Falamos sobre o poder que é depositado fora: psiquiatra, remédio, religião...

Célia diz que tem algo pra contar, mas está envergonhada: cobre o olho com a mão, impedindo-se de ver a “ala masculina” do grupo; segue falando que se sente como a Heloisa da novela, que antes sofria por preocupação com o filho que estava preso, mas agora se tranqüilizou, porque ele está solto, mas seu marido, que não mora com ela, que mora com o irmão e a cunhada, segundo a qual ele não tem dormido à noite, fica perambulando pela casa, e mexeu com sua sobrinha que dorme no sofá (uma moça de 20 anos, mãe solteira). Agora, no entanto, a cunhada nega o que disse, afirmando que é tudo coisa da cabeça dela, que dá vontade de largar tudo... Acha que ela está enlouquecida de ciúme.

Várias pessoas dizem que isso deve ser coisa da cabeça dela mesmo, que se ele não gostasse dela, ele não ficava com ela, que na história dela não havia evidências reais quanto ao interesse dele pela sobrinha.

Marisa fala de sua irmã gêmea que tem crises como ela, mas só que muito piores, que ela faz chantagem com o marido usando o filho pequeno, que, quando isso acontece, ela se muda para a casa da sogra.

Maria I pega a palavra novamente e conta que cresceu a infância toda vendo o pai alcoólatra agredir a mãe, chegando a esfaqueá-la. Aos 14 anos, presenciou ele empurrando sua mãe, grávida de oito meses, contra um fogão de lenha, levando à morte do bebê Diz que presenciara um assassinato! No enterro do bebê jurou que nunca se casaria, não queria ter a mesma vida que a sua mãe. Ficou ruim da cabeça, foi internada por vários meses, saiu

tomando remédio e parou sozinha, decidiu que ia ficar boa. Fala que essas coisas que se vivem com os pais deixam fantasmas que atrapalham a vida toda, “carências que agente fica buscando”. Diz a Célia que isso deve estar acontecendo com ela.

Abrimos para o grupo a questão desse fantasma de que ela fala, perguntamos se aquilo faz sentido para os demais...

Manoel conta de ter sido doado pelo pai com sete anos a um casal de comerciantes que passou pelo lugar onde eles moravam, que só quando adulto teve coragem de lhes perguntar o porquê, que eles lhe disseram terem percebido que ele era um menino esperto, inteligente, que merecia um futuro melhor, diz que realmente, dos irmão foi aquele que chegou mais longe (a crise psicótica irrompeu quando ele atingira o auge na sua profissão, com um escritório de contabilidade próprio, com vários clientes... ele não fala isso ao grupo e nem eu).

Comentamos que situação difícil esta de ter sido premiado com a separação familiar por sua esperteza e inteligência...

Maria I retoma a palavra, contando que no dia do velório recebera um presente do pai, um relógio, que só dez anos depois ela pôde usá-lo. Nesse período, teve novamente crise e internação, depois que entendeu que seu pai era um homem, que podia errar..., que ela não podia consumir a vida dela nessa história, com esses fantasmas. Aos 32 anos, decidiu casar-se com um homem de 74 anos que, meses depois, morre de câncer. Ojuiznã queria fazer o casamento porque dizia que ele tinha idade para ser seu pai, e ela disse: é isso mesmo que eu quero: um pai.

Hoje está casada novamente, tem três filhos e está cuidando há dois anos de Irene, sua enteada, que é quem vem para atendimento no grupo, ela só a acompanha.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A experiência de atendimento grupal e a percepção do movimento no tratamento das pessoas trazem a questão: Como um grupo opera?

Anzieu (1986) fala da importância da envoltura grupal com seu entramado de regras implícitas e explícitas para que os indivíduos projetem suas fantasias, estabelecendo um estado psíquico transindividual que possibilita a ressonância fantasmática.

Falando sobre a circulação fantasmática, diz que “todo reencontro vivido como autêntico e intenso entre dois ou mais seres humanos desperta, mobiliza e ativa nos interessados, suas fantasias pessoais conscientes e inconscientes. Essa é uma atividade do pré-consciente que articula as representações de coisas e as representações de palavras segundo relações complexas; essa atividade é necessária para a saúde psíquica, pela descarga pulsional regular que proporciona e pela circulação de sentidos intrapsíquicos e interindividuais que permite”. (Anzieu, 1986, p. 203). Refere também que os métodos de grupo podem ter efeitos individuais, por estimularem essa capacidade, especialmente sobre o desenvolvimento da criatividade (ibid, p. 203)

Lancetti(1994) referindo-se aos grupos de psicóticos fala que, não fosse a enorme quantidade de energia desprendida pelos coordenadores, poderíamos afirmar que as pessoas que conseguem viver o grupo se curam sozinhas. Diz também que mais intensamente que em outros grupos, quando o clima é propício, os enunciados vão despojando-se do sentido comum, o que um expressa é roubado pelo outro e a loucura vai tornando-se coletiva, o sem sentido brilha e aquele delírio que condenava a mais absoluta auto-referência agora é delirado pelo grupo

A estratégia de atendimento grupal ensina ao psiquiatra que medicações têm efeito e, às vezes, são necessárias, mas há um grande equívoco no poder que é colocado nelas, pois a clínica psiquiátrica é afetada pelo efeito do grupo, quer dizer: diagnósticos são questionados, pouquíssima medicação estabiliza por anos quadros bastante complicados.

Alguns pacientes resistem ao trabalho grupal, por diferentes motivos, mas achamos importante a insistência nesse sentido, pois, muitos deles, a partir de respeitado o seu tempo (entrar e ficar calado, entrar e sair várias vezes, etc) falam do alívio por conseguirem estar em um grupo e dos desdobramentos disso em suas vidas. Existe uma intensa mobilização afetiva nesse encontro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1986). *El grupo e el inconsciente. Lo imaginario grupal*.  
Madri: Biblioteca Nueva. 2 ed.
- Birman, J. (2002) Relançando os dados: a psicopatologia na pós modernidade, novamente.... In M. L. V. Violante (org). *O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria.
- Ey, H. (1981). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil Ltda. 5 ed.
- Foucault, M. (1980). *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2 ed.
- IBGE (2002) (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo demográfico: Brasil, 2002*. Rio de Janeiro, IBGE.
- Lancetti, A et al. (1994). Saúdeloucura 4, *Grupos e Coletivos* –São Paulo: Ed. Hucitec.