

Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Sociais - ICS
Departamento de Antropologia - DAN

Priscilla Menezes de Oliveira

“É caso para o GIPSI?": uma etnografia em saúde mental

Brasília - DF

2011

Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Sociais - ICS
Departamento de Antropologia - DAN

Priscilla Menezes de Oliveira

“É caso para o GIPSI?": uma etnografia em saúde mental

Dissertação de graduação apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, para a conclusão do curso de Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia. Da aluna Priscilla Menezes de Oliveira.

Orientadora: Soraya Resende Fleischer

Brasília - DF

2011

Priscilla Menezes de Oliveira

“É caso para o GIPSI?": uma etnografia em saúde mental

BANCA EXAMINADORA

Dra. Soraya Resende Fleischer (Orientadora)
Departamento de Antropologia – UnB

Dra. Carla Costa Teixeira
Departamento de Antropologia – UnB

Brasília - DF

2011

AGRADECIMENTOS

FAMÍLIA

Agradeço imensamente a todos que sempre estiveram ao meu lado, especialmente meus pais e meus avós por me darem todo o apoio necessário no meus longos anos de estudo. Agradeço muito meu namorado sempre me apoiando tanto nos momentos de dúvidas quanto ao meu trabalho como também nos momentos de alegria. À minhas amigas tão queridas com quem sempre pude contar e que se dedicaram a me ajudar de diversas maneiras: Taísa e Natália.

PROFESSORES E ORIENTADORES

Agradeço a todos os professores pela paciência e pelo prazer em lecionar. Agradeço aos professores José Jorge de Carvalho por todo conhecimento transmitido e Ileno Izídio por abrir as portas da saúde mental para mim e, especialmente, à orientadora Soraya Fleischer que me apoiou, motivou e auxiliou em todas as dúvidas que tive durante a fase de elaboração desta dissertação.

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; se não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar.” Chico Xavier

RESUMO

Essa dissertação versa sobre o GIPSI, um Grupo de pesquisa e atendimento em saúde mental. O GIPSI está inserido no panorama da Reforma Psiquiátrica brasileira e representa um exemplo de um novo serviço substitutivo ao modelo tradicional de atendimento. A partir da experiência etnográfica no GIPSI, a análise se focou tanto na forma de cuidado para com os indivíduos como no perfil desses sujeitos. Foi abordada também a análise feita pelo Grupo para se determinar se era ou não caso para o atendimento continuado do GIPSI. O campo de conhecimento da saúde mental tem se expandido, ampliando o universo de discussão, levando a questão para além da área médica. A inclusão de outros campos do saber favorece a melhoria na qualidade de vida de indivíduos em sofrimento psíquico a partir do momento que introduz novas análises e perspectivas tanto no nível individual como na relação deste com o mundo social.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental, GIPSI, caso, atendimento terapêutico, *sofrimento psíquico grave*.

ABSTRACT

This dissertation deals with the GIPSI, a research Group and mental health care. GIPSI is inserted in the panorama of the Brazilian Psychiatric Reform and represents an example of a new service that replaces the traditional model of care. From the ethnographic experience in GIPSI, the analysis focused both on how to care for individuals as the profiles of these subjects. It was also addressed too the analysis group to determine whether it was the case for continuing compliance with the GIPSI. The field of knowledge of mental health has expanded the universe of discussion, taking the issue beyond the medical field. The inclusion of other fields of knowledge promotes better quality of life of individuals in psychological distress from the moment that the analysis introduces new perspectives on both the individual and his in relation with the social world.

Key words: mental health, GIPSI, case, therapeutic care, *severe psychological distress*

Sumário

1. Apresentação.....	7
2. Contexto histórico da saúde mental.....	9
2.2 Origens da expressão “doença mental”	10
2.3 Psiquiatria brasileira	12
2.4 Primeiras críticas ao modelo tradicional	15
2.5 Psicofarmacologia	18
2.6 Reforma psiquiátrica brasileira.....	19
2.7 Novos dispositivos na assistência em saúde mental.....	21
3. Entrada no campo	26
3.1 Início da minha participação no GIPSI	26
3.2 Relatos dos casos.....	29
3.3 Rotinas do Grupo	32
3.4 Uma estranha no ninho	33
3.5 A <i>Oficina vivencial</i>	35
3.6 Afastamento e retorno à universidade	36
4. GIPSI: Grupo de pesquisa e <i>intervenção precoce em primeiras crises do tipo psicótica</i>	38
4.1 O nome do Grupo.....	38
4.2 Outros conceitos.....	41
4.3 Os relatos dos <i>acolhimentos</i>	43
4.4 A família	44
5. Panorama geral das pessoas atendidas pelo GIPSI	46
5.1 Os <i>clientes</i>	46
5.2 Descrições dos casos.....	47
5.3 O “quadro sinótico” e primeiras análises.....	48
5.4 Questões de gênero no <i>sofrimento psíquico grave</i>	50
5.5 Psiquiatria no GIPSI	53
5.6 O último relato de caso.....	54
6. Considerações finais	58
7. Referências Bibliográficas	60

1. Apresentação

O desenvolvimento dessa dissertação passou por fases distintas. A experiência que irei relatar foi realizada em 2008, ao longo do segundo semestre. Mantive-me afastada da universidade por dois anos e com a problemática da saúde mental sempre me interessou, resolvi desenvolver esse trabalho.

Passei a frequentar algumas matérias do Instituto de Psicologia. No segundo semestre de 2006, peguei duas matérias desse departamento: Psicologia Social¹ e Psicologia da Personalidade². Foram as primeiras impressões do universo da Psicologia. A primeira matéria foi bastante desinteressante, tentava dar conta do mundo social através de uma visão um tanto determinista. A segunda foi o que caracterizo o primeiro contato com a questão psicológica do indivíduo, tendo minha visão antropológica aguçada para essa outra perspectiva.

Em 2007, me matriculei na matéria Psicopatologia 1³. Foi bastante satisfatório expandir meu conhecimento sobre a abordagem patológica da Psicologia. Compreender o patológico e sua diferença para com a dita “normalidade”. Nessa matéria, ministrada por um psiquiatra de formação, tive a oportunidade de observar um atendimento na emergência do Hospital São Vicente de Paula⁴ (HSVP). Foi uma experiência chocante, e bastante triste que me despertou para a real e urgente necessidade de ampliação do cuidado em saúde mental.

A matéria mais interessante que participei na Psicologia – e que abriu as portas para minha entrada no futuro campo de pesquisa - se chamava “Saúde Mental, Clínica e Cultura I” oferecida pelo Departamento de Psicologia Clínica. Esta matéria possuía duas aulas por semana sendo que uma era ministrada no refeitório do Hospital São Vicente de Paula. A “sala” ficava fechada, mas podíamos observar, e sermos observados, pelos indivíduos ali presentes. Foi muito interessante, pois nos inserimos no ambiente de certa forma tão restrito e isolado da sociedade.

A partir das aulas, passei a me interessar pela abordagem dada à questão. Novos conceitos e diferentes visões apareceram, busquei leituras correlatas recorrendo muito à Michel Foucault, Erving Goffman e Thomas Szasz. Eu, com meu

¹ Oferecida pelo Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

² Oferecida pelo Departamento de Psicologia Clínica.

³ Oferecida também pelo Departamento de Psicologia Clínica.

⁴ Hospital psiquiátrico localizado em Taguatinga, Distrito Federal.

conhecimento puramente antropológico e questionador, comecei a problematizar, especialmente no período em que tive aulas no HSVP. Ambiente tão característico de um cenário hospitalar, mas com a grande diferença do espaço aberto para o lugar de confinamento onde se encontravam os “pacientes”.

E dessas experiências, solicitei junto ao professor que havia ministrado a matéria “Saúde Mental, Clínica e Cultura I”, minha participação no GIPSI, um Grupo de atendimento em saúde mental do qual o referido professor era coordenador.

Quando entrei no Grupo meu campo de pesquisa ainda não estava bem definido, sendo que a metodologia aqui adotada se baseia na observação das dinâmicas do Grupo, das falas dos psicólogos e da forma como o GISPI se organizava.

Iniciarei minha dissertação fazendo um breve repasso da história da psiquiatria pontuando questões importantes relativas à Reforma Psiquiátrica Brasileira, e depois partirei para a descrição etnográfica e para as análises que dela emergiram a partir da minha experiência de participação no GIPSI.

2. Contexto histórico da saúde mental

2.1 O surgimento da psiquiatria

A história da psiquiatria é marcada pela tentativa de categorização e diferenciação do indivíduo dito “louco” ou “doente mental”, colocando a questão como uma dicotomia entre a normalidade e a patologia⁵. A idéia de “doença”, porém, surgiu posteriormente já no século XIX quando a psiquiatria passou a experimentar novas formas de abordagem sobre a loucura.

A era clássica, entre meados do século XVII e XVIII, vislumbrou o surgimento das primeiras casas de correção (Foucault, 2008) ou manicômios que até então não possuíam fins médicos. Internavam pobres, alienados e indecentes sem classificá-los como doentes ou criminosos. É bom lembrar que tais casas de correção antes de serem ocupadas por indivíduos desviantes da moral valorizada à época pela sociedade, foram habitadas e tiveram sua origem como consequência da epidemia de lepra que assolou a Europa entre os anos de 1000 até meados de 1350. À medida que a epidemia chegava a seu fim, tais espaços passaram a ser povoados por outros indivíduos que não possuíam lepra:

A partir da criação do Hospital geral, da abertura (na Alemanha e na Inglaterra) das primeiras casas de correção e até o fim do Século XVIII, a era clássica interna. Interna os devassos, os pais dissipadores, os filhos pródigos, os blasfemadores, os homens que “procuram se desfazer”, os libertinos. E traça, através dessas aproximações e dessas estranhas cumplicidades, o perfil de sua experiência própria do desatino (Foucault, 2008:111).

A psiquiatria já no século XVIII retira a loucura das questões espirituais e as coloca no campo médico. A psiquiatria traz a loucura para o corpo ou mais especificamente para a cabeça. Essa corporificação da “doença” é fundamental para a constituição do processo de “tratamento psiquiátrico” que irá se desenvolver ao longo do século XIX e XX. Localizar a loucura na cabeça define o foco de estudo de

⁵ Patologia é um termo derivado do grego que é composto da seguinte forma: *phatos* que significa sofrimento, excesso e *logia* que significa ciência, estudo.

muitas linhas de pensamento da psiquiatria que passaram a estudar o cérebro em busca de uma possível causa e solução para a “doença”.

No século XVIII a psiquiatria ainda não definia claramente a loucura, tanto que os tratamentos praticados nas instituições totais nada tinham de terapêutico nem existia uma lógica médica que explicasse os procedimentos adotados. Os tratamentos eram extremamente invasivos e desumanos: duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias, sangrias entre tantos outros métodos cruelmente praticados durante longos anos⁶.

E assim começava o determinismo psiquiátrico com um novo poder de falar sobre a loucura, o poder legitimado do confinamento e os primeiros passos para a criação de manuais classificatórios descrevendo a origem, curso e resultado da então chamada “doença mental”.

2.2 Origens da expressão “doença mental”

O termo “doença mental” vislumbra suas origens com o que Philippe Pinel (1745-1826) chamou de “tratamento racional e científico da loucura”, determinando que os indivíduos com perturbações de caráter comportamental estavam doentes. Tenho de levar em conta a tentativa de Pinel de humanizar o cuidado para com os “doentes”, influenciado pelos ideais da revolução francesa e pelo nascimento do racionalismo. Porém, o surgimento e a posterior expansão da idéia de “doença mental” legitimaram ainda mais o poder da psiquiatria em categorizar e determinar o “papel social” (Goffman, 2005) de indivíduos em sofrimento.

Para Goffman a forma como o indivíduo se apresenta no cotidiano das relações sociais é análoga a perspectiva da representação teatral, ele encara inúmeras possibilidades de “papeis sociais”. Para o autor, ele não apenas apresenta a si mesmo como um indivíduo particular, como também apresenta seu papel social ao outro, mesmo que isto aconteça de forma não premeditada; além dos meios pelo qual este dirige e regula a impressão que o “outro” absorve dele. Esses meios envolvem dois tipos de expressões: a “expressão transmitida”, que seria o caráter

⁶ Os métodos de tratamento no início do século XX incluíam procedimento como a lobotomia, cortes efetuados em determinadas regiões do cérebro e o eletrochoque. Posteriormente este último passou a ser chamado de eletroconvulsoterapia e tem voltado com força em determinadas instituições com diferenças na sua forma de execução.

verbal da comunicação e a “expressão emitida”, que seria menos controlada pelo indivíduo. A expressividade de uma pessoa, seja ela de caráter verbal ou não verbal, antecipa certas informações a respeito do sujeito em questão. Essas informações garantem ao outro definir a situação que será apresentada, ou seja, garante uma antecipação do “como agir com tal indivíduo”. Tal antecipação não possui, necessariamente, um caráter consciente da ação; um indivíduo pode agir de forma calculada, mas o que ocorre na maioria dos casos é que este antecipa suas informações de forma inconsciente, de acordo com uma consciência prática⁷.

A psiquiatria localiza o sujeito e lhe garante uma função determinada dentro da comunidade. O papel do “louco” passa a ser o papel do “doente” que necessita de cuidados médicos. Ele passa a ocupar um lugar, o lugar da legitimação médica, o lugar de “paciente”. Ele se torna passivo sob o poder médico no cenário rígido do hospital, guiado pelas regras cotidianas do ambiente que legitima ainda mais o papel que lhe foi concedido.

A legitimação do papel do “doente” culminou em uma ampliação das internações, já que agora o problema não era mais a pobreza e o comportamento anti-social de certos indivíduos, mas sim a “doença mental” que passa ser tratada como uma questão médica.

Posterior a Pinel devo lembrar-me de Jean-Martin Charcot (1825-1893) e seus estudos sobre as “doenças nervosas”. Ele foi um neurologista e neuropatologista, ou como diria o psiquiatra Thomas Szasz (1974), “um médico especializado em doenças do sistema nervoso” (1974:31). Nessa época, entre a metade do século XIX até seu final, não existiam métodos terapêuticos efetivos, no caso específico de Charcot era como lidar com “doenças incuráveis”. Ele era também o médico responsável pelas visitas e cuidados dos “pacientes” da Salpêtrière⁸, não que este produzisse uma relação de confiança para com os internos, muito pelo contrário, a relação era de medo. A maioria dos “pacientes” de Charcot, sendo ou não “doentes neurológicos orgânicos”, era internada por ser pobre e/ou indesejável socialmente. A categorização de “doente mental” lhe serviu muito bem para categorizar e definir

⁷ Consciência prática aqui adquire um conceito baseado na teoria de Giddens, e significa que essa consciência geralmente não pode ser expressa de forma discursiva pelo emissor. Ver bibliografia.

⁸ O Hospital da Salpêtrière localizado em Paris foi construído no século XVII inicialmente para ser uma fábrica, porém acabou servindo como prisão abrigando criminosos, alienados, prostitutas entre outros indivíduos socialmente excluídos. Atualmente funciona como centro hospitalar universitário.

seus “pacientes”. E ainda citando Thomas Szasz (*ibid*), podemos ver que tal conceito trouxe também uma outra questão como vemos abaixo:

Na realidade, rotular os indivíduos que se sobressaem, ou que são incapacitados por problemas da vida, de “doentes mentais” apenas impediu e retardou o reconhecimento da natureza política e moral dos fenômenos para os quais se dirigem os psiquiatras (1974:38).

Vejo em Pinel e Charcot duas referências de que o início da chamada psiquiatria e seus conceitos sobre a “doença mental” surgiram não de constatações empíricas de uma desordem orgânica, mas emergiram de uma classe de indivíduos excluídos da moral vigente à época e que ocuparam o papel social do indesejado.

Posteriormente, vimos Emil Kraepelin (1856-1926) postular um sistema de diagnóstico aceito no meio psiquiátrico legitimando ainda mais o conceito de “doença mental” e como consequência passa a diferenciar determinadas categorias de “doenças”⁹. E a partir de então, inicia-se a era dos “manuais de psiquiatria” e das “tradições classificatórias”.

As inúmeras formas de expressões e categorizações da loucura passaram por diferentes fases de transformação desde a Grécia antiga até o início do século XX. As diversas definições utilizadas para explicar o “louco” estão em frequente modificação sendo que hoje, as inúmeras linhas de estudo da questão utilizam vários nomes específicos: “doença mental”, “perturbação”, “distúrbio”, “sickness”, entre outros. Nos próximos tópicos irei tratar um pouco da história da psiquiatria brasileira e da história da psiquiatria no século XX em parte da Europa, Estados Unidos e suas diferentes abordagens.

2.3 Psiquiatria brasileira

São poucas as fontes históricas encontradas sobre o tema, eu me baseei em um trabalho de Fernanda Ramos e Luiz Geremias intitulado: “Instituto Philippe Pinel: origens históricas” (2005). A criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil surgiu pela confluência de fatores políticos, sociais e econômicos. Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil no início do século XIX, a cidade do Rio de Janeiro passa a

⁹ Ele subdividiu, o que antes era um conceito unitário de psicose, em duas “doenças”: a demência precoce (que veio posteriormente a ser chamada de esquizofrenia) e a psicose maníaco-depressiva.

ser a capital do reino tendo a partir de então um crescimento rápido de sua população. Com esse avanço demográfico, conseqüentemente houve um aumento no número de indivíduos que eram encaminhados à enfermaria da Santa Casa da Misericórdia. Essa era uma instituição que funcionava como hospital geral, recebia desde indivíduos acometidos por algum mal até aqueles que eram socialmente indesejáveis. Com o aumento da procura pela assistência da Santa Casa, que já não possuía condições muito boas de higiene, a situação se tornou catastrófica. A partir do ano de 1830, a Academia Imperial da Medicina – que corresponde ao Conselho Federal de Medicina que temos hoje – passou a se manifestar publicamente contra a forma desumana de tratamento que era oferecido na Santa Casa. Até esse período, o investimento financeiro do Governo nas questões que se referiam à alienação mental eram praticamente inexistentes (Ramos e Geremias, 2005).

Esse período da história do Brasil, de 1831 a 1840, o país foi governado por uma regência trina que contava com 3 regentes. Foi nesse momento histórico que o país experimentou diversos movimentos que lutavam por direitos sociais e apresentavam descontentamento para com o governo.

Ainda durante o período regencial, José Clemente¹⁰ assume o cargo máximo a ser ocupado na Santa Casa. Ele propõe então reformas que estavam atreladas às mudanças preconizadas pela Academia Imperial da Medicina como a criação de unidades de tratamento de acordo com as especificações de cada “doença” apresentada. Essas mudanças possuíam um cunho também sanitarista, pois era necessária a criação de espaços separados e diferentes para cada caso como, por exemplo, “doenças contagiosas” que deveriam ser mantidas isoladas de outros grupos.

José Clemente anuncia a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e também da América Latina, em 1841. Entretanto, apenas em 1852 o hospital foi inaugurado com o nome de Hospício Pedro II. Ele tinha o intuito de desenvolver um “programa de reabilitação” para seus “pacientes”, categoria inovadora para a época. Para tanto, enviou um médico para a Europa a fim de estudar o tratamento oferecido em diversos países. Esse médico trouxe ao Brasil a idéia de “terapia ocupacional”¹¹,

¹⁰ José Clemente Pereira foi um político brasileiro, ocupou cargos de deputado, ministro, senador do Império e também o cargo de provedor da Santa Casa de Misericórdia. Formou-se em direito e participou do processo de independência do Brasil. Trabalhou na Santa Casa até sua morte (http://pt.wikipedia.org/wiki/Jos%C3%A9_Clemente_Pereira).

¹¹ Terapia que funciona a partir do exercício laboral.

conceito também inovador para o período em questão. A partir de então, ficaram instituídas oficinas especializadas desde a manufatura de calçados até o artesanato de palha que tinham como objetivo, além da própria produção de mercadorias, auxiliar os “pacientes” de modo terapêutico. Para que essas oficinas atingissem seus objetivos, foi necessária tanto a reestruturação do espaço do hospital, separando as alas de homens e mulheres, como a imposição de uma disciplina mais rígida. Porém, apesar do relativo sucesso de tais oficinas, o hospital continuava a praticar o tratamento tradicionalmente violento visto também nas instituições européias.

Portanto, entre o fim do século XIX e o início do século XX o Brasil experimentou algumas tentativas de diferenciação do modelo asilar de tratamento, orientado pelas críticas à insuficiência do modelo até então praticado.

O Hospício Pedro II atendia toda a população do Rio de Janeiro e também de Minas Gerais resultando em um rápido crescimento de indivíduos que buscavam os serviços oferecidos pelo hospital. Em 1890, já no período republicano, foram fundadas duas colônias agrícolas, a colônia de São Bento localizado na Ilha do Governador, e a colônia Conde de Mesquita, também situada na mesma ilha, ambos destinados a indivíduos do sexo masculino. Tais colônias não se diferenciavam da forma asilar de tratamento, porém deslocavam espacialmente os alienados levando-os para o interior onde os “pacientes” seriam encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais. Foi uma solução para o problema de superlotação do Hospital Pedro II que manteve o objetivo inicial do tratamento baseado no trabalho (Ramos e Geremias, 2005).

A partir do início do século XX, houve intervenção federal tanto no hospital psiquiátrico como nas colônias agrícolas devido a irregularidades gerenciais. Diante disso, ocorreram algumas mudanças no quadro administrativo, sendo nomeado, em 1903, para as funções de Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados e Diretor do Hospício Nacional de Alienados – antigo Hospício Pedro II – o médico Juliano Moreira. A bagagem teórica e prática dele estavam fortemente influenciadas pela escola psiquiátrica alemã, na qual predominava mecanismos biológicos e organicistas de definição da “doença” e do tratamento. Manteve-se dedicado a criação de novos asilos e a reestruturação dos já existentes:

Com ele inicia-se também a busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional, que obtém importante suporte com a promulgação da Lei nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, a qual reorganiza a assistência aos alienados (Ramos e Geremias, 2005).

Em 1911, foi criada a primeira colônia agrícola para indivíduos do sexo feminino que foram transferidas do agora chamado Hospício Nacional dos Alienados. Em 1918, tem início a primeira assistência ambulatorial psiquiátrica do país que tinha como objetivo prestar um serviço de assistência sem que o destino final fosse à internação. Porém, o número de internos continuou a aumentar com o passar dos anos.

Os serviços de assistência aos “alienados” passaram por novos regulamentos a partir da década de 20. Em 1944, durante a era Vargas, devido às condições precárias do hospital que passou a se chamar Hospital da Praia Vermelha, três mil internos foram transferidos para colônias agrícolas ou para outros hospitais. Apenas em 1965, já no período militar, que este Hospital passou a funcionar também como pronto socorro psiquiátrico, na tentativa de diminuir a quantidade de internações já que a demanda permanecia alta e as condições sanitárias ainda não eram satisfatórias. Entretanto, tal tentativa não vislumbrou a concretização de seu objetivo e o número de indivíduos em busca da internação permaneceu crescente tendo em vista que não houve uma mudança significativa das políticas públicas de assistência em saúde mental que ampliasse a rede do cuidado com o indivíduo. Em 1969, o hospital já havia se tornado um complexo de três prédios.

A exemplo do primeiro hospital psiquiátrico do país e da maneira como se manteve o serviço de atendimento refletiram na configuração do que viria a ser o panorama geral da saúde mental brasileira. O campo da assistência psiquiátrica no país até meados das décadas de 60 e 70 representava o permanente e crescente número de internos em hospitais psiquiátricos.

2.4 Primeiras críticas ao modelo tradicional

No período pós-segunda guerra, passa a florescer os primeiros botões de uma mudança na configuração da assistência e tratamento em saúde mental. E, concomitantemente, nessa mesma época vimos a psicanálise penetrar no ambiente psiquiátrico norte-americano, fenômeno semelhante também ocorreu na psiquiatria

francesa e até mesmo na brasileira, em período posterior. Talvez a própria introdução dos estudos da psicanálise tenha influenciado a mudança no paradigma de assistência à saúde mental (Szasz, 1974).

A experiência americana de reforma psiquiátrica, já no final da década de 50, teve seu início com a criação de “comunidades terapêuticas” – se construíram em encontros abertos a comunidade para debates de questões de saúde – abriram um espaço mais democrático e participativo, ampliando a discussão sobre as formas de lidar com o sofrimento. Porém, não se questionava a psiquiatria nem a utilização de seus conceitos. Já na década de 60, o objeto passa a focar na saúde mental e não na “doença”, mudança fundamental que ampliou a visão delegando o cuidado não só ao médico, mas também aos outros profissionais que oferecem alternativas ao modelo hospitalar. Também nesse movimento chamado de “psiquiatria comunitária” ou “preventiva”, emergem as idéias de “prevenção social” e “intervenção precoce” – esse último será especialmente importante e será discutido nos próximos capítulos – levando a discussão para a sociedade. Essa “prevenção” teria como objetivo levar informações e conhecimento sobre a saúde mental à população, garantindo um espaço de discussão e uma possível detecção da “doença” em seus primeiros estágios de manifestação. Essa “intervenção precoce” seria possível a partir da soma do conhecimento psiquiátrico e sua relação com questões psicossociais. Em 1963, o então presidente J.F. Kennedy cria o “Plano Nacional de Saúde Mental” nos Estados Unidos, reformulando a assistência psiquiátrica e propondo a criação de centros de atendimento comunitário com multiprofissionais, integrando outros setores da sociedade como, por exemplo, a educação.

Já na Europa, há dois exemplos a destacar desse processo de reforma. Primeiramente, tem-se a França e sua “psiquiatria de setor”¹² que já na década de 40 criticava a psiquiatria e a taxava como um instrumento de violência e exclusão. A setorização defendia o hospital apenas como uma fase no tratamento do indivíduo, sendo necessária a inclusão de outras áreas profissionais tanto visando o tratamento como também a reabilitação e reinserção social que aparecem como categorias diferenciadas da idéia de tratamento tradicional da psiquiatria. A introdução da psicanálise no meio psiquiátrico teve uma influência também

¹² Inspirada nas idéias de Lucien Bonnafé que tinha por essência conferir à psiquiatria uma função terapêutica. Defendia que esta devia ocorrer fora da estrutura hospitalar evitando a segregação e o isolamento do indivíduo. “Trata-se portanto de uma terapia in situ: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio...” (Amarante, 1995, p. 36)

significativa na França com os estudos de Jacques-Marie Émile Lacan (1901-1981) e seu método de tratamento das “psicoses”, criticando tanto o poder médico como as instituições. Tendo grande influência também de Michel Foucault, a nova visão da loucura passa a ser de um fato político e social, valorizando o discurso do “louco” e também introduzindo a família como categoria central para a compreensão da loucura.

Em segundo, houve a experiência italiana de reforma, iniciada por Franco Basaglia em 1961, que ficou conhecida como “Psiquiatria Democrática”. Seus objetivos eram a abolição de meios coercitivos e violentos de tratamento, resgatando os direitos humanos e focando o indivíduo em todas as suas dimensões de existência e sofrimento. Basaglia vivenciou a experiência de trazer a comunidade para o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, inserindo a rede social nas questões antes vistas como puramente médicas e individuais. E por fim, defendia a desinstitucionalização do hospital com a inserção de outras formas de cuidado e consequentemente a mudança no paradigma do indivíduo “doente mental”. A loucura, antes um problema do indivíduo, passa a ser tornar uma questão social de âmbito coletivo.

A experiência italiana de reforma psiquiátrica influenciou diretamente a vivência da mudança de paradigma da psiquiatria brasileira, porém de forma tardia. Afinal, enquanto na Itália, a política pós-segunda guerra vivenciou uma política democrática, o Brasil experimentou um período de instabilidade e posteriormente a ditadura militar.

Cada país desenvolveu sua própria forma de atendimento e assistência, porém a grande maioria visa à substituição dos modelos tradicionais de tratamento por modelos assistenciais que primam pelo cuidado na esfera multiprofissional englobando o campo psicológico, funcional¹³, familiar e principalmente o campo social. Buscam promover a reinserção social do sujeito concomitantemente a diminuição do “estigma”¹⁴ (Goffman, 1988). O preconceito para com indivíduos chamados “doentes mentais”, “loucos”, “ex-internos”¹⁵ entre outros é uma realidade

¹³ Com a idéia de trabalho, labor.

¹⁴ Goffman define estigma como sendo “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”(1988). A idéia de loucura perpassa um campo estigmatizado que atribuem aos indivíduos determinada característica de fala, comportamento, modos de vida.

¹⁵ O termo se refere a indivíduos que possuem longa experiência de confinamento, a sua carreira moral no ambiente hospitalar. Carreira moral deve ser entendida como uma trajetória de vida na qual o indivíduo carrega seu estigma de “doente mental” (ou de “internado”, ou “ex-internado”). Ele leva

ainda muito presente. A inclusão social desses indivíduos é fundamental para o fim do estigma e do preconceito.

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira assim como as políticas públicas que financiam e regulamentam os novos modelos de assistência em saúde mental no país ocorrem tardiamente em relação a alguns países da Europa e os Estados Unidos, como veremos no tópico 2.6.

No próximo tópico irei fazer um breve relato da história da introdução dos remédios utilizados no tratamento psiquiátrico, não poderia deixar de fora uma vertente da psiquiatria tão importante para a compreensão do “tratamento” que hoje tem sido oferecido em larga escala.

2.5 Psicofarmacologia

É interessante observar que os primeiros passos para o movimento de contestação da supremacia da psiquiatria de confinamento ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento do campo da psicofarmacologia:

Podemos citar como marco inicial dessa revolução o ano de 1952, quando foi testado o primeiro medicamento antipsicótico – a clorpromazina. Ainda que os antidepressivos só tenham sido aceitos e receitados nos EUA no início dos anos 1960, já em 1957 foi lançado o primeiro antidepressivo tricíclico: a Imipramina. [...] Três anos depois outro benzodiazepínico, o Diazepam (comercializado como Valium) entrou no mercado, ultrapassando o Librium em 1969 como a droga mais vendida nos EUA; em 1970 uma mulher em cada cinco e um homem em cada treze tomavam benzodiazepínicos (Russo e Venâncio, 2006:463).

Esse desenvolvimento e crescente uso de remédios utilizados no tratamento da chamada “doença mental” se caracteriza como fundamental para o trabalho desenvolvido hoje no ambiente hospitalar. É interessante notar que mesmo o indivíduo que frequenta os serviços substitutivos de atenção em saúde mental, geralmente, também faz uso de medicamentos prescritos pelo médico psiquiatra. A medicamentação não se restringe ao indivíduo dito “doente mental”, hoje o que tem se visto nos EUA, por exemplo, é o crescente e progressivo aumento da

isso consigo muito mais por conta do “diagnóstico social” de louco do que propriamente pelo diagnóstico médico. Para saber mais, ver Goffman (2005).

medicamentalização da vida em todas as suas esferas de sofrimento (An industry of death).

Especialmente a psiquiatria americana – entre outras como a alemã que seguiram de certa forma esse caminho – passaram a focar a questão da saúde mental como uma desordem cerebral, notadamente delegando à região da cabeça, particularmente o cérebro, como possuidor da causa da loucura. “Neurotransmissores”, entre outros elementos químicos cerebrais, passaram a ser estudados para dar legitimidade ao progressivo uso de medicamentos psicoativos. E assim cria-se um jogo perverso visando o lucro por parte das indústrias farmacêuticas que passaram a “financiar” estudos psiquiátricos que expliquem o uso mais recorrente e contínuo da medicação.

2.6 Reforma psiquiátrica brasileira

A partir da metade do século XX, as críticas aos modelos tradicionais de tratamento em saúde mental aumentaram também no Brasil, assim como as alternativas no cuidado com o indivíduo. A reforma psiquiátrica brasileira foi especialmente influenciada pelo movimento de reforma na Itália. Assim como ocorreu lá, os primeiros passos do processo de reforma se iniciaram a partir dos profissionais da saúde, familiares e “pacientes”.

Uma particularidade muito importante que diferencia os dois movimentos de reforma é que no Brasil a assistência à saúde passou a ser exercida pelo setor privado com investimento público. As políticas públicas de saúde durante a ditadura militar eram praticamente inexistentes. Os leitos eram financiados pelo governo que repassava o investimento para empresários do setor, como uma “indústria da loucura” cujas portas se encontravam abertas para internações de longa duração:

Na década de 60, com a unificação dos institutos e pensões e de aposentadoria, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e concilia pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. Dessa forma, cria-se uma indústria para o enfrentamento da loucura (Amarante, 1995:13).

Na década de 70, diante do crescente número de denúncias contra a política de saúde mental brasileira, passaram a surgir os primeiros movimentos – como, por exemplo, o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1979 que já acompanhava a gradual abertura política da época. Nesse contexto é fundado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o modelo psiquiátrico em vigor é criticado, marcado pela forma violenta e excludente de assistência em saúde mental.

Os movimentos da reforma psiquiátrica desejavam a transformação do foco da loucura, para ser encarada não como uma questão de “doença” mas sim como uma questão de “saúde”. Fomentavam mudanças nos dispositivos de tratamento, na ampliação da cidadania e na humanização do cuidado com o indivíduo. A necessidade de criação de modelos substitutivos passa a ser vista como pilar essencial para a saúde pública.

Apesar da crescente pressão dos movimentos de reforma em saúde mental, o governo militar permanecia com sua política público-privada consolidando a privatização do modelo hospitalar de tratamento. Algumas tentativas de criação de um modelo substitutivo de assistência ocorreram, como a criação de comunidades terapêuticas. Entretanto, não se diferenciavam essencialmente do modelo clássico e acabaram sendo absorvidas pelo lucro do setor privado:

O direcionamento do financiamento público para a esfera privada durante o regime militar deixa-se ver, por exemplo, no fato de que entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 (Resende, 1987).

A partir da década de 80, ocorre um amadurecimento da crítica do modelo clássico e um fortalecimento dos movimentos de reforma aliados à gradual abertura política. Em 1987, com o política democrática, acontecem dois encontros de extrema importância: I Conferência Nacional em Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Esses encontros, juntamente com a nova constituição brasileira, representaram a abertura necessária para a ampliação da discussão da cidadania e a transformação no cuidado com o indivíduo.

2.7 Novos dispositivos na assistência em saúde mental

O surgimento de novas experiências institucionais na assistência em saúde mental é o marco inicial da mudança e ocorrem no início da nova experiência democrática brasileira. O primeiro CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) nasce em 1986 na cidade de São Paulo, abrindo espaço também para a criação dos NAPs (Núcleos de Atenção Psicossocial) em 1989 na cidade de Santos. Interessante observar que essas experiências somadas a outras tentativas de diferenciação do modelo asilar de tratamento são anteriores a qualquer regulamentação seja na esfera federal, estadual ou municipal. Somente em 1992 é publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº 224/1992, “primeiro documento oficial a estabelecer critérios para o credenciamento e financiamento dos CAPs pelo SUS” (Onocko-Campos e Furtado, 2006).

Essas novas formas de tratamento em saúde mental têm como foco tirar o sujeito da instituição hospitalar, do possível – ou provável – confinamento e o colocar em uma nova posição. A legislação sobre esses novos serviços de atenção tratam do financiamento, credenciamento de instituições e dos objetos básicos da reforma psiquiátrica e sua nova forma de cuidar.

Irei me concentrar na legislação específica que dispõe sobre os novos serviços de atenção, deixando de lado questões sobre o financiamento e credenciamento da rede de serviço pública disponível. Não que seja menos importante, mas não cabe aqui discorrer sobre a legislação que institui a saúde pública no país.

A legislação do novo modelo substitutivo tem início, basicamente, nos anos 90 com a publicação das Portarias nº 189/1991 e nº 224/1992, ambas do Ministério da Saúde, que dispõem, de maneira superficial e ainda em germinação dos CAPs e NAPs, Hospitais-Dia e sobre o atendimento de emergência. Nessas portarias não há distinção entre CAPs e NAPs, são sempre citados juntos.

Somente em 2002 é publicada a Portaria/GM nº 336 que estabelece os CAPs em categorias, CAPs I, CAPs II e os CAPs III, diferenciados pelo grau crescente de complexidade e volume de atendimento. É nessa portaria que também é instituído o CAPsAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas –, voltado para o cuidado em saúde mental decorrente e/ou combinado ao uso de álcool e outras drogas.

Apesar de não haver distinção regulamentada dos CAPs e NAPs, na prática possuem suas diferenças fundamentais. Os NAPs são ambientes abertos, com atendimento 24 horas e todos os dias. Possuem leitos, mas as internações possuem um limite temporal. Nem todos os CAPs funcionam todos os dias, mas oferecem também, assim como os NAPs, além de consultas médicas, atendimento psicológico e atividades desenvolvidas visando à interação social do indivíduo, como oficinas de trabalho, teatro, coral, pintura, entre tantas outras. Esses serviços têm múltiplas formas de assistência terapêutica, englobando outras áreas de atenção, como a terapia ocupacional, assistência social, enfermagem entre outras, não se limitando a psiquiatria. Pretende dar conta da totalidade e complexidade de atenção ao indivíduo em sofrimento. Portanto, se caracteriza pela abrangência dos universos construídos em torno da chamada “doença mental” e seus reflexos e tem como objetivo a ampliação do cuidado em todas as esferas do indivíduo.

Especialmente os CAPs são serviços destinados ao sujeito que recebeu alta hospitalar, ou seja, uma outra etapa para o indivíduo recém saído do hospital onde será trabalhada a passagem para a vida social. Funciona como uma instituição de apoio visando também evitar novas internações. Pode ser frequentado diariamente durante o dia e oferecem serviços que englobam o tratamento médico-psicológico e a reabilitação social abrindo espaço para a exteriorização subjetiva de cada indivíduo e dando voz a seu sofrimento. Também são oferecidas oficinas em alguns CAPs, mas seu objetivo principal, diferente do NAPs, é cuidar do indivíduo recém saído do hospital psiquiátrico.

O Hospital-Dia (HD) é um serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e leitos também em hospital geral. Cria-se então a “rede de atendimento em saúde mental”, com o ambulatório para atendimento de urgência podendo ou não oferecer internação. No caso dos hospitais gerais a internação tem sido diminuída recorrendo a alternativas como o Hospital-Dia que oferece assistência de urgência com internação de até 45 dias. Os CAPs, os NAPs e os Hospitais-Dia estariam no nível intermediário da rede de atenção, entre o atendimento de emergência e a internação hospitalar¹⁶.

¹⁶ Hoje o país conta com uma crescente oferta de CAPs em todo seu território e mais centenas de outros serviços desse novo modelo substitutivo como o NAPs e os hospitais-dia. Entretanto, muito ainda precisa ser feito, calcula-se um NAPs para uma abrangência de 85 a 100 mil habitantes em cada região e de um CAPs para cada 250 mil habitantes. Seria necessário algo em torno de 1.600 desses centros de atenção psicossocial para atender a toda população que demanda por esse tipo de

Em 2000 foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos para internos de longa data oriundos de hospitais psiquiátricos. Funcionam auxiliando o indivíduo na sua reinserção social, levando o sujeito do hospital para casas que são habitadas por um determinado número de ex-internos. Recebem além do financiamento do Estado, visitas de profissionais de saúde que acompanham e auxiliam no processo de readaptação ao meio social, como explica Pereira, em estudo das Residências Terapêuticas em Barbacena:

Há no processo de saída de um hospital psiquiátrico uma série de elementos que lhe confere um caráter extremo. Caráter que pode ser ainda mais acentuado se o período de internação é muito longo, como é o caso de muitos dos atuais moradores das Residências Terapêuticas (Rafael Pereira, 2010).

Esse serviço, destinado ao público que vivenciou grande parte de suas relações sociais dentro do ambiente hospitalar, é de extrema importância possibilitando a devolução de uma certa autonomia ao sujeito antes destinado a seguir as regras do confinamento.

A Lei nº 10.216 que dispõe sobre os novos modelos de assistência em saúde mental é apresentada como projeto em 1989, sendo aprovada, com modificações, apenas em 2001. Nesta data, o país já contava com um grande e crescente número de CAPs, NAPs, Hospitais-Dia e outros serviços alternativos ao hospital. A referida lei consolida a “nova rede de atenção” e, principalmente, amplia o discurso do indivíduo em sofrimento garantindo seu direito à cidadania. Essa “nova rede de atenção” em saúde mental se difere da antiga na essência do modo de cuidar. O uso do hospital psiquiátrico passa a ser incentivado com função de atendimento de emergência. Ainda se encontram disponíveis muitos leitos nesses hospitais, mas o foco é a diminuição desses em contrapartida ao aumento da rede não hospitalar de atendimento.

A expansão dos modelos de atendimento em saúde mental abriu espaço também para outras formas de assistência como os Centros de Convivência e a terapia comunitária.

serviço. “Tanto que, nas estatísticas da substituição do manicômio no Brasil, CAPs e NAPs são contabilizados junto com hospitais-dia, centros de atenção diária (CAD), centros de convivência etc”(Tenório, 2002).

Os Centros de Convivência são serviços extra-hospitalares, não necessariamente como uma referência espacial, mas muitas vezes esses centros dividem espaço com a instituição hospitalar. Tem como característica o desenvolvimento de habilidades sociais e culturais que promovam uma melhora na qualidade de vida de seus “usuários”¹⁷ visando à reinserção social do indivíduo. Não possuem leitos e são alternativas para o atendimento não hospitalar. O hospital e os serviços ambulatoriais passam a receber os sujeitos *em crise* (ou *em surto*) que necessitam de maiores cuidados. Esse conceito será trabalhado mais a frente, mas indica o momento de maior expressão do dito estereótipo de “louco” e também o momento de maior sofrimento do indivíduo e de sua família. Esse estereótipo se diferencia de acordo com cada sociedade, mas possuem como essência a representação de comportamentos que fogem à moral.

Esses centros passam a ser um campo de assistência em nível diferenciado não se referindo apenas à saúde. São importantes para a vida diária do sujeito com seu cotidiano, usuários comparecem frequentemente e criam laços sociais essenciais para o objetivo que o próprio espaço do Centro de Convivência propõe, como nos mostra Monnerat que tem pesquisa em uma dessas unidades em Niterói:

As atividades que os técnicos desenvolvem no serviço não se restringem aos cuidados usualmente delegados à equipe de auxiliares nessa área (no caso enfermeiros), eles também ministram oficinas de atividades e atuam em papéis que, em uma época de valorização das especializações, se destina a assistentes sociais ou psicólogos, ou ainda, saindo da esfera das profissões e entrando em uma que exige um nível de cuidado/afeição maior, eles desenvolvem, em relação aos pacientes, funções que caberiam à família (Monnerat, 2009:18).

E a família possui um papel de extrema importância nesses novos modelos de assistência em saúde mental. Aparece como categoria “militante” e de transformação do cuidado com o sujeito. Abre-se espaço para o bem estar do indivíduo que não deve mais ser delegado como um “problema” para a instituição hospitalar, que lida com os “pacientes” através do confinamento.

Vale acrescentar também que a “terapia comunitária”, como um procedimento terapêutico, consiste em um espaço aberto às pessoas de determinada comunidade

¹⁷ O termo “usuários” decorre da idéia do indivíduo usuário do sistema de saúde. A polissemia de termos que de alguma forma se refere ao indivíduo chamado de “doente mental” é diversificada e cada linha de estudo e/ou atendimento possui uma preferência de nome: “paciente”, “interno”, “ex-interno” entre outros.

onde se compartilham experiências de modo coletivo, em grupo. O objetivo desse tipo de terapia é a prevenção e promoção do bem estar social melhorando a habilidade dos indivíduos em lidar com seu sofrimento. Aborda temas como a violência, saúde e cidadania sempre buscando valorizar a inserção social do indivíduo e a ampliação do conhecimento sobre a saúde, qualidade de vida e o universo das relações delas recorrentes. O interessante dessa terapia é a oportunidade do Grupo construir uma rede solidária de apoio e discussão em cada comunidade atendida.

Os CAPs, NAPs, Centros de Convivência entre outros serviços oferecem alternativas que visam garantir uma melhor qualidade de vida. O desafio hoje para o movimento de reforma psiquiátrica brasileira é expandir ainda mais a oferta desses serviços, aliados a uma progressiva diminuição não só da oferta de leitos institucionais como também do tempo de internação dos “pacientes”. A discussão em torno da cidadania e consequentemente da autonomia do sujeito em sofrimento psíquico assim como a importância de sua reinserção social são pontos essenciais que devem acompanhar a expansão dos serviços substitutivos de assistência em saúde mental.

Tendo em vista o contexto sócio-histórico apresentado e dentro do marco da reforma psiquiátrica, no próximo capítulo, irei apresentar o GIPSI, um modelo substitutivo ao “tratamento tradicional psiquiátrico” que trabalha com atendimento terapêutico que engloba tanto a terapia individual do sujeito como também a terapia familiar, categoria fundamental para esse modelo de atendimento.

3. Entrada no campo

3.1 Início da minha participação no GIPSI

Após um breve histórico sobre a história da psiquiatria e a descrição do contexto brasileiro indicando alguns caminhos que têm seguido na direção da melhora na qualidade de vida do indivíduo chamado “doente mental”, irei relatar minha experiência de participação – primeiro como observadora e aos poucos como pesquisadora – no GIPSI, um Grupo de pesquisa e atendimento em saúde mental.

Tomei o GIPSI como foco da minha dissertação somente após dois anos da minha saída do Grupo, e hoje o faço para que de alguma forma possa contribuir para expansão e conseqüente produção do conhecimento em saúde mental. Ao longo desse capítulo contarei sobre meu caminho antropológico percorrido até a presente elaboração desse trabalho.

Desde minha entrada na Universidade de Brasília, busquei conhecer novas formas de tratamento e de cuidado com indivíduos em sofrimento psíquico. Particpei de algumas matérias do Departamento de Psicologia aumentando ainda mais meu interesse na questão. E, diante das constantes problematizações que emergiam durante a minha entrada no universo da psicologia, percebi que precisava de um foco mais específico. Como sempre me interessei pela saúde mental e pelas manifestações da loucura busquei conhecer melhor o trabalho de um Grupo da psicologia chamado GIPSI. Conheci o GIPSI através do professor Ileno Izídio que ministrou a matéria “Saúde Mental, Clínica e Cultura I” da qual participei em 2008. Foi uma das matérias do Departamento de Psicologia que mais me intrigou, essa foi de fato minha porta de entrada para a questão do cuidado em saúde mental.

Inscrevi-me para participar do Grupo preenchendo um formulário no Instituto de Psicologia. Pelo o que pude observar, existiam alguns requisitos para a admissão de novos integrantes, como algumas matérias do currículo do curso de Psicologia. O professor Ileno Izídio conversou comigo e com outra colega da antropologia e afirmou que nossa entrada no GIPSI foi discutida e aceita com entusiasmo pelos integrantes, era a primeira vez que antropólogos participariam do Grupo. E apesar de não possuirmos os requisitos, fomos aceitas para trabalhar na função chamada de

*auxiliar de pesquisa*¹⁸. Não sabia exatamente do que se tratava essa função, mas estava animada por poder fazer parte do GIPSI de alguma forma.

Meu primeiro dia no GIPSI foi no segundo semestre de 2008. A sala de reuniões do Grupo ficava no CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológico) ao lado do Departamento de Psicologia. Havia duas portas de acesso ao interior do CAEP, sendo que nós, integrantes do Grupo, deveríamos entrar por uma porta específica, destinada aos professores e alunos. A outra era designada para a entrada de indivíduos e famílias que participavam do atendimento terapêutico, nesta, inclusive, havia uma sala de espera com sofá e televisão. Mas poucas vezes vi alguém nesta sala.

Na sala de reuniões do Grupo havia uma mesa maior na entrada, onde o professor Ileno Izidio sentava, e as cadeiras eram distribuídas em círculo. Havia paredes brancas, sem informações ou objetos afixados, e dois quadros brancos para possíveis anotações. Cada indivíduo escolhia sua cadeira e quando os integrantes começaram a se sentar o professor Ileno Izidio deu início à reunião. Foi designado então, de modo democrático¹⁹, o relator da ata da reunião. Nessa ata eram registrados informes gerais – sobre congressos, encontros, apresentações de tese, trabalhos que estavam sendo desenvolvidos, textos indicados para leitura entre outros.

Minha primeira reunião foi um dia tanto de esclarecimentos sobre a dinâmica e organização do Grupo como de apresentação dos novatos. Como já conhecia alguns integrantes do GIPSI me senti confortável. Fato também motivado pela presença da minha colega da antropologia, de certa forma nossa presença como dupla vindas de outro campo do saber nos definiu uma referência no Grupo: “as antropólogas”. Ambas *auxiliares de pesquisa* egressas de uma área de estudo que nos conferia uma perspectiva diferente da visão predominante no Grupo.

Nesta época, o Grupo contava com dezenove integrantes sendo aproximadamente 80% de psicólogos entre graduandos, graduados, mestrandos, doutorandos além do coordenador. Os outros 20% eram compostos por um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional e nós duas, as estudantes de antropologia.

¹⁸ Usarei a formatação itálica quando me referir a conceitos e expressões utilizadas pelo Grupo.

¹⁹ A escolha do relator da ata da reunião seguia uma ordem não escrita, sendo que a cada reunião um integrante ficava responsável, tentando não repetir o relator por vezes seguidas, para evitar sobrecarregar um mesmo integrante.

As informações passadas no primeiro dia de reunião no GIPSI diziam respeito à dinâmica do funcionamento do Grupo, pois havia duas frentes de trabalho. Primeiro, funcionava como Grupo de estudos, pesquisa e de produção do conhecimento. Muitos integrantes que faziam ou já haviam feito parte do Grupo tomaram o GIPSI como foco para elaborar monografias de graduação, teses de mestrado e doutorado entre outros trabalhos – talvez por isso seja normal eu transformar essa experiência em dissertação. O segundo objetivo do Grupo era trabalhar com o atendimento terapêutico semanal.

Os diversos conceitos-chave para o trabalho do Grupo foram apresentados rapidamente pelo coordenador do GIPSI. Esses conceitos-chave, como eram chamados, me despertaram o interesse, pois compreendendo, eu supus que entenderia melhor o desenvolvimento e foco do Grupo. Por estar, de certa forma, já minimamente socializada no universo do discurso psicológico, não tive muita dificuldade em compreender a dinâmica das terapias. Trabalharei esses conceitos utilizados pelo Grupo no próximo capítulo. Será nesse capítulo também que explicarei o nome do GIPSI, pois a compreensão do significado do GIPSI envolve alguns conceitos específicos do discurso psicológico e mais, abrange o entendimento das discussões a cerca dos conceitos-chave utilizados pelo Grupo.

Minha fala nesse primeiro encontro se resumiu à apresentação do meu nome, área de estudo e o porquê de querer participar do Grupo. Expliquei que meu interesse em participar do GIPSI era decorrente da minha busca pelo conhecimento na área da saúde mental. Fazer parte do Grupo poderia representar, além da ampliação do saber, uma oportunidade de desenvolver um trabalho sobre saúde mental a partir de uma perspectiva antropológica.

As impressões que tive foram de um Grupo coeso, ativo e dedicado a exercer um bom trabalho. Também organizado de forma que cada integrante possuísse sua função bem definida. Eu, *auxiliar de pesquisa*, deveria atuar de forma a colaborar em pesquisas elaboradas dentro do Grupo, incluindo pesquisas dos integrantes e produzidas coletivamente pelo próprio Grupo, mas essa tarefa foi ficando mais clara aos poucos.

Grande parte dos psicólogos – incluindo aqueles que ainda estavam em fase de formação em nível de graduação – eram responsáveis pela terapia, pelos relatos de casos dos atendimentos e pelos relatos dos *acolhimentos* que serão

apresentados mais a frente. Os psicólogos e/ou estudantes de psicologia se dividiam entre os diversos casos, sendo que para cada atendimento individual, um psicólogo ficava responsável, e no caso do atendimento familiar eram definidos dois psicólogos. Os atendimentos podiam ser acompanhados e observados por outros integrantes do Grupo que possuíssem prévia autorização do coordenador. Vale acrescentar que a sala onde se processava a terapia era composta por um vidro espelhado no qual apenas um lado podia observar o outro. Mas essa ferramenta não chegou a ser utilizada pelos integrantes enquanto estive no GIPSI.

No próximo tópico irei contar sobre minha segunda reunião do Grupo, na qual ouvi o primeiro relatos de *casos*. Nesse tópico também explicarei em que consiste esse conceito nativo e minhas primeiras impressões decorrentes desta experiência.

3.2 Relatos dos casos

Os integrantes responsáveis pelos atendimentos terapêuticos, seja individual ou familiar, tinham como tarefa relatar como havia transcorrido a última terapia que cada um havia atendido, as perguntas e respostas dadas pelas partes e as impressões que o terapeuta descrevia do *caso* a partir do ponto de vista psicológico e terapêutico.

Na segunda reunião, após passar alguns informes e organizar um Grupo para elaborar um projeto para o CNPQ, o coordenador listou quais *casos* seriam relatados naquele dia, levando em conta quais integrantes, que faziam os respectivos atendimentos tanto individuais quanto familiares, estavam presentes.

A primeira pessoa a relatar foi uma mestrande de Psicologia. O coordenador passou então a palavra a ela. Inicialmente, a psicóloga comentou que a pessoa atendida nesse *caso* faltava muito às sessões. Segundo a mestrande, a *cliente*²⁰ se queixava dos efeitos colaterais dos remédios, pois a deixava “deprimida” e “sem vontade de fazer nada”. Após essa observação, o coordenador solicitou à psicóloga uma breve contextualização do *caso*, tendo em vista a presença de novos integrantes no Grupo.

Inicialmente, a psicóloga destacou o fato de essa *cliente* participar apenas do atendimento terapêutico individual, porque sua família por parte de mãe morava em

²⁰ Palavra utilizada pelo Grupo para se referir aos indivíduos que eram atendidos pelo GIPSI.

outra cidade. Apesar da ausência da família, a psicóloga observou que uma pessoa, a ex-patroa, “cuidava dela”, lhe fazendo visitas freqüentes. Nesse ponto a mestrande colocou o fato de que a ex-patroa, de certa forma, “exercia o papel de mãe” da *cliente*.

Em seguida a psicóloga conta ao Grupo um pouco sobre a infância da *cliente*. Esta havia passado parte de sua infância em um convento de freiras italianas e lá teria vivenciado abusos por parte das freiras. Foi relatado o fato de a *cliente* ter presenciado a morte de uma colega neste convento.

Enquanto a psicóloga relatava o caso, todos permaneciam em silêncio. Eu pessoalmente senti um certo incômodo e ao mesmo tempo curiosidade sobre os fatos contados, tentei imaginar a dimensão do sofrimento vivido por essa pessoa.

Após a breve contextualização das ditas “experiências traumáticas”, como se referiu a esses últimos fatos, a psicóloga explicou porque a *cliente* participava do Grupo, ou quais seriam os *sinais* que a fazia ser o público-alvo do GIPSI. Ela relatou que sua *cliente*, em 2007, por volta dos 25 anos, começou a ter “ideações e tentativas suicidas” e que a partir de seu “quadro depressivo”, e já fazendo acompanhamento psiquiátrico fora dali, procurou o Grupo. Para finalizar a psicóloga destacou como a sexualidade para sua *cliente* era “conturbada”.

Assim que o relato desse caso específico se encerrou, o coordenador observou que o horário da reunião havia se acabado e então aos poucos os integrantes foram saindo. Não houve discussão coletiva sobre o caso. Eu saí acompanhada da minha colega da antropologia, e ao longo do caminho até o carro, fomos trocando nossas impressões sobre o primeiro relato. Assim como eu, ela também compartilhava o sentimento de uma certa tristeza diante do relato, mas também expressamos uma curiosidade para os outros relatos que iríamos ouvir. Apesar de estar de frente com uma dimensão profunda do sofrimento humano, achei extremamente interessante ouvir tal relato, pois se tratava de um contexto que poderia vir a ser meu foco de pesquisa.

Na reunião seguinte foram feitos ao todo quatro relatos em um tempo de aproximadamente duas horas, as primeiras duas horas da reunião foram destinadas a informes gerais, como por exemplo informações sobre o Congresso de Saúde Mental que ocorreria naquele ano.

No primeiro relato dessa reunião não houve contextualização do *caso* e a fala dos psicólogos – por se tratar de um atendimento familiar dois psicólogos relatavam juntos – foi rápida e confusa fazendo com que eu não compreendesse muito bem o que estava sendo relatado. Eu e minha mania de escrever tudo, tentei apreender o máximo de informações que estavam sendo colocadas. Acabei por anotar as falas soltas, em forma de tópicos. Muitas frases ditas pelos psicólogos se confundiam com o que os indivíduos haviam dito na terapia.

Os outros três *casos* relatados nessa reunião foram individuais, e uma mesma psicóloga relatou dois *casos* diferentes, e ao longo dos relatos outros integrantes também compartilhavam suas impressões. Meu sistema de anotação foi o mesmo do citado acima. Percebendo que os relatos ocorriam, de fato, de um modo rápido e sem maiores contextualizações – como havia sido no primeiro – resolvi que deveria, conforme adquirisse mais experiência em ouvir-los, buscar um foco determinado da minha observação.

As outras reuniões, que foram ao todo 34, observadas foram semelhantes em sua estrutura, seguindo essa mesma dinâmica apresentada. Nessas reuniões posteriores, me deparei com outros conceitos: *acolhimento*. O *acolhimento* representava o primeiro contato do *cliente* com o Grupo, no qual ocorre um atendimento com dois psicólogos que irão analisar e posteriormente avaliar o *caso* juntamente com o Grupo. Nos *acolhimento* era discutido se o *caso* se encaixava no perfil do público alvo do GIPSI ou se o mesmo seria encaminhado para outro Grupo de atendimento em psicologia²¹. Como veremos nos próximos capítulos, nem sempre os *casos* se encaixavam no perfil de atendimento do Grupo. Alguns eram bem diferentes de outros e com diversas formas de manifestação do sofrimento psíquico. Não se tratava de perfis que possuem uma forma pronta, eles se encaixavam conforme cada contexto.

²¹ Da mesma forma que o GIPSI encaminhava *casos* para outros Grupos de atendimento terapêutico, estes também levam *casos* para o GIPSI. Observei, ao longo de minha experiência no Grupo, que vários atendimentos de *acolhimento* eram feitos em pessoas que haviam passado pelo Hospital São Vicente de Paula.

3.3 Rotinas do Grupo

As reuniões ocorriam às terças e quintas feiras das 14h às 18h e transcorriam de maneira tranquila às vezes um tanto chocantes – levando em conta a dimensão do sofrimento vividos pelos indivíduos que eram atendidos pelo Grupo – e em sua maioria eram compostas por falas dos psicólogos que faziam os atendimentos. Eu me mantive em uma posição um tanto neutra, praticamente não me expressava nas reuniões e percebi que não era a única a não falar. De modo geral, as discussões permaneciam no campo psicológico, o que culminava em uma maior expressão de quem dominava esse discurso. Outros profissionais com mais experiência, como uma terapeuta ocupacional que trabalhava há anos no Hospital São Vicente de Paula, complementavam a discussão.

Os relatos dos *casos* e dos *acolhimentos* eram feitos na segunda parte das reuniões, após o intervalo que geralmente ocorria às 16h. A primeira parte ficava reservada para informes e discussões sobre projetos²² e trabalhos em desenvolvimento.

Os critérios para organizar a ordem dos relatos eram, entre outros, a presença dos terapeutas – prioritariamente se todos os psicólogos responsáveis pelo atendimento individual e familiar de um mesmo *caso* relatavam –, urgência quanto às providências a serem tomadas em relações aos *casos* e a própria demanda dos terapeutas.

A experiência de ouvir os relatos dos *casos* fez despertar meu interesse pelos *casos* em si. O ato de relatar já trazia consigo um intermediário entre eu e a observação da interação ocorrida no ambiente terapêutico. Algumas vezes não conseguia distinguir o que era o discurso do psicólogo do que de fato o indivíduo havia dito. Eu, estrangeira nesse ambiente de interação me deparei com duas diferentes categorias de nativos: os psicólogos e os indivíduos que buscavam atendimento terapêutico, sendo que este último estava mais distante. Havia, portanto, uma limitação no meu acesso a esse último nativo.

Essa limitação resultava muitas vezes em uma dificuldade de compreender o que de fato estava sendo relatado. Essa dificuldade talvez também seja decorrente da minha própria forma de absorção das informações, pois muitas vezes tentava

²² Como para angariar financiamento do CNPQ, o Grupo se organizava para elaborar os projetos a serem apresentados.

separar – mesmo que mentalmente – o discurso de cunho psicológico do fato contado pelo indivíduo no ambiente terapêutico. Percebi que se meu objetivo era a análise das duas questões separadas, observar os relatos dos *casos* preencheria apenas um dos pontos centrais da minha análise.

Com o passar do tempo, vendo que minha função de *auxiliar de pesquisa* havia se limitado às reuniões e aos relatos de *casos*, procurei conhecer melhor os ambientes não aparentes daquele universo. Juntamente com minha colega da antropologia, solicitei a participação na observação dos atendimentos. A discussão foi levada ao Grupo em uma reunião em que o coordenador não estava presente. Motivos éticos foram citados por algum dos integrantes do Grupo. Foi explicado que os alunos de psicologia possuíam uma matéria em seus currículos que tratava especificamente da questão ética do atendimento em psicologia, foi levado em conta também o tempo que estávamos no Grupo – cerca de dois meses – e considerado pouco para passar para uma próxima etapa.

Sendo assim, minha participação no Grupo ficou restrita às reuniões semanais nas quais eram relatados os atendimentos. Isso me desanimou, pois acreditava que observar os atendimentos me colocaria em posição estratégica para a análise do objeto de estudo em questão. Por se tratar de uma primeira experiência também para o Grupo, nós enquanto antropólogas ainda não havíamos definido nosso espaço dentro do GIPSI. Qual seria nossa contribuição?

A partir de então foquei minha observação nos relatos produzidos pelos integrantes do Grupo. Não representava o campo de pesquisa que desejava, pois havia um intermediário entre o cenário que gostaria de observar e eu, mas poderia ser o início da construção de um outro foco da pesquisa. O material que acumulei, nestes registros de reuniões, mais tarde iria se transformar no meu corpo de informações e dados.

3.4 Uma estranha no ninho

O ambiente de interação do GIPSI não se limitava à sala de reuniões dentro do departamento, como tínhamos um intervalo, eu aproveitava esses momentos mais descontraídos para discutir alguns temas mais polêmicos surgidos na reunião.

Geralmente conversávamos do lado de fora do departamento já no final do prédio. Esse local foi essencial para me manter motivada a continuar no Grupo. Minha interação com os outros integrantes era bem sociável e aquele era o momento para conversas mais informais e horizontais. Momento também para a exteriorização dos comentários pensados durante os relatos, pois ali me sentia mais confortável em conversar e expor minhas idéias.

O fato de ser da antropologia não causava estranhamento ao Grupo, porém despertava interesse no sentido da retribuição que nós poderíamos dar ao Grupo – lembrando que minha referência no Grupo estava ligada a presença da minha colega, éramos as *antropólogas*. Não foi uma cobrança direta, pelo menos não por algum tempo, mas sentia que sutilmente nos demandavam determinar nosso lugar no Grupo no sentido de que tarefa poderíamos exercer para dar nossa contribuição.

Com o passar do tempo, a rotina de reuniões trouxe um certo cansaço. Os relatos dificilmente mantinham uma ordem cronológica de um mesmo caso, não conseguindo acompanhar mais do que uma ou duas sessões de um mesmo indivíduo e/ou família. Esse fato talvez seja originado pela baixa frequência dos indivíduos que eram atendidos pelo Grupo. Por se tratar de um público-alvo específico – questão que será trabalhada no próximo capítulo – o qual contava com diversos fatores que favoreciam o não comparecimento à terapia, como a falta de recursos financeiros que atrapalhavam o se deslocar até a Universidade.

Durante o momento que estava desacreditada quanto ao meu objetivo no Grupo, o professor Ileno Izídio indicou a mim e a minha colega da antropologia um trabalho para nossa função de *auxiliar*. Colaboramos com uma das integrantes do Grupo em sua tese de mestrado, transcrevendo algumas entrevistas realizadas com personagens da política em saúde mental. Confesso que o trabalho não me deixou mais entusiasmada, mas deu sinais de que agora estava dando um retorno ao Grupo e que talvez vislumbrassem um lugar para mim ali dentro.

A dinâmica das reuniões mantinha sempre uma organização, alguns relatos cheios de informações e, de minha parte pelo menos, choques diante de tanta densidade e complexidade do sofrimento das famílias – muitos acontecimentos narrados eram “experiências traumáticas”, com histórias de abusos sofridos, violência, paranóias e tantas outras. As rotinas geralmente eram seguidas, mesmo

quando o coordenador do Grupo não estava presente, um integrante – geralmente mais experiente – tomava a frente para guiar a reunião.

Ocorriam encontros fora das reuniões entre o coordenador do Grupo e os psicólogos que faziam os atendimentos. Muitos encontros ocorriam decorrentes da necessidade de supervisão do papel e função do psicólogo em terapia, como quando o terapeuta sentia necessidade de uma supervisão mais urgente, que não poderia esperar até a próxima reunião.

A presença de espaços paralelos e inacessíveis a mim - como era o caso das salas onde ocorriam os atendimentos as quais nunca tive acesso – me despertaram para pensar sobre meu real objetivo no GIPSI e que espaços estariam realmente abertos para mim.

O sentimento de não pertencimento ao Grupo e a sensação de que não havia lugar para mim, antropóloga, juntamente com o fato das rotinas das reuniões estarem cansativas resultou em uma perda de interesse e falta de perspectiva para minha pesquisa. Ao mesmo tempo que sentia necessidade de dar um retorno ao Grupo, exercendo uma função de fato, não conseguia localizar meu discurso no meio do universo de conceitos e fatos relatados a partir da perspectiva psicológica. Parecia que as informações do meu caderno de campo não faziam sentido e tive medo de não conseguir produzir, a partir dessas anotações, nenhum trabalho interessante.

3.5 A Oficina vivencial

Tivemos um encontro do Grupo que não ocorreu no ambiente da Universidade. Foi uma reunião em um sábado na casa de uma das integrantes. Grande parte do Grupo participou, pois esta reunião serviria para debatermos nossas impressões sobre o andamento do trabalho do Grupo.

Sentamos em círculo, alguns em cadeiras, puffs e sofás; outros ficaram responsáveis em fazer o almoço, mas também participaram da reunião a partir da bancada que se comunicava com o ambiente em que estávamos.

A discussão começou com o coordenador organizando uma pauta, em que listou os assuntos que seriam trabalhados naquele dia. Algumas demandas foram colocadas, principalmente pelos integrantes que já estavam no Grupo há mais

tempo, muitas delas estavam relacionadas às questões relativas ao atendimento terapêutico.

Após algum tempo, a discussão caminhou para o tema da retribuição, ou a contraparte da participação no Grupo, dos integrantes para o GIPSI como um todo. Fatalmente, o debate acabou levando a questão particularmente para nós, “as antropólogas”. A demanda por um retorno de nossa parte foi expressa claramente nesse encontro tanto por parte do coordenador como por parte dos outros integrantes. Finalmente, acabei por demonstrar que também não havia achado um lugar para mim, mas que desejava contribuir. O embate me fez pensar minhas dúvidas em relação a meu objetivo no Grupo. Sentia-me deslocada por ser de outra área de estudo e por ser a primeira vez que antropólogos participavam do Grupo, também não sabiam como abrir um lugar no Grupo para essa outra área de conhecimento. Eu, essencialmente observadora, tanto por questões inerentes ao meu estilo pessoal como pela percepção desenvolvida no campo de estudo do qual venho, esperava observar mais do GIPSI, não apenas os relatos e as dinâmicas do Grupo.

Essa *Oficina Vivencial* foi um marco para mim, havia ficado clara a dificuldade em me encontrar no Grupo. Realmente desejava dar um retorno positivo que pudesse contribuir para o trabalho, porém até esse momento não tinha conseguido organizar tantas informações e analisá-la de forma a produzir um retorno positivo.

3.6 Afastamento e retorno à universidade

Algun tempo após esta reunião, que ocorreu no final do ano de 2008, próximo ao recesso de Natal e Ano Novo, saí do Grupo por uma conjunção de fatores, além dos citados acima, questões pessoais me impediram de continuar a participar das reuniões. Minha saída foi repentina, e portanto, não houve despedidas, nem um momento que pudesse de certa forma concluir minha participação.

Antes da minha saída, o coordenador havia me designado uma tarefa. Juntamente com minha colega da antropologia e outra estudante de psicologia deveríamos organizar um “follow up”, ou seja, buscar nas atas do Grupo – organizadas desde 2004 –, antigos *clientes* que já haviam passado por atendimento no GIPSI e entrar em contato com eles para atestar algumas informações sobre a

opinião desses em relação ao trabalho do Grupo e como estavam após o processo terapêutico. Achei uma tarefa bastante interessante, mas infelizmente não pude cumpri-la dado meu afastamento.

Mantive-me afastada da universidade pelos anos de 2009 e 2010 podendo retornar somente nesse primeiro semestre de 2011. Ao voltar à universidade, resolvi reler meu caderno de campo do tempo que passei no GIPSI e com a ajuda fundamental da minha orientadora consegui finalmente visualizar minha contribuição para o Grupo, de um modo essencialmente antropológico: o desenvolvimento dessa dissertação etnográfica que sistematiza informações e análises sobre o funcionamento deste serviço de saúde mental.

Portanto, o desenvolvimento desse trabalho passou por algumas fases e em grande parte dessa experiência estive em dúvida sobre meu foco de estudo. Algumas questões existenciais decorrentes da dificuldade de estar frente a duas ciências apareceram assim como sentimentos profundos e complexos sobre o universo do sofrimento humano. Estar diante de tantas emoções e dúvidas por um lado tardou a elaboração desse trabalho, mas por outro contribuiu para o desenvolvimento de uma dissertação mais madura.

Estarei sendo antiética ao retomar notas que não foram construídas para virar uma “pesquisa sobre o GIPSI”? Quando participei do Grupo meu foco de pesquisa não estava definido e não sabia exatamente qual a referência da minha observação. Após dois anos da minha participação pude compreender minhas dúvidas e organizar os dados do meu caderno de campo e analisá-los de forma a produzir essa etnografia que tem por objetivo evidenciar a experiência de uma “estrangeira” no campo do cuidado em saúde mental.

No próximo capítulo, irei trabalhar especificamente em uma análise do discurso do psicólogo nos relatos dos casos e os diversos conceitos e categorias utilizadas, assim como trarei as explicações nativas para o nome do Grupo e seu foco no atendimento terapêutico. Irei elaborar uma forma de referência para os casos mantendo todo e qualquer sigilo necessário para garantir a ética do meu trabalho etnográfico. As referências aos psicólogos e aos outros integrantes do Grupo também serão mantidas em privacidade.

4. GIPSI: Grupo de pesquisa e *intervenção precoce em primeira crise do tipo psicótica*

4.1 O nome do Grupo

O nome do Grupo, em 2008, era Grupo de pesquisa e *intervenção precoce em primeira crise do tipo psicótica*. Isso levando em conta que, conforme se estudava e discutia os conceitos envolvidos nesse trabalho, o próprio significado da sigla se modificou²³. Trata-se de um nome difícil, carregado de diferentes significados e composto por conceitos complexos do discurso psicológico. Neste tópico, irei explicar cada um desses conceitos presentes no nome do Grupo. Vou utilizar um documento do GIPSI que recebi em uma das primeiras reuniões, além de descever alguns dos objetivos do Grupo, indica diversas bibliografias.

O conceito de *intervenção nas primeiras crises* está diretamente relacionada à característica do público-alvo do Grupo. A expressão *primeiras crises* significa que o foco do Grupo se destinava aos indivíduos que vivenciavam suas *primeiras crises* ou seus primeiros comportamentos não compreendidos pela razão ou pela moral do senso comum. Nas palavras do GIPSI:

Um programa de intervenção precoce nas psicoses, de acordo com a literatura internacional, objetiva identificar e tratar indivíduos que vivenciam a psicose no momento mais precoce possível deste sofrimento. Assim, um programa de tal natureza deve incrementar a vigilância sobre esta realidade através da educação, pesquisa e apoio para indivíduos, famílias, comunidade e trabalhadores da área (GIPSI, 2008).

O conceito de *crise* – ou *em crise*, *em surto* – é fundamental para a compreensão do trabalho exercido pelo Grupo. Compreende o momento de maior angústia do indivíduo, mas com um significado que reflete socialmente o instante em que o outro passa a se comportar de modo não usual, às vezes violento ou bizarro entre tantas outras representações de fuga do padrão moral socialmente chancelado. Essa exteriorização da crise é que garante ao outro a posição de “falar

²³ Fato observado em umas das primeiras reuniões no qual o coordenador afirmou que o significado da sigla do nome do Grupo já havia se modificado sem, entretanto, ter mencionado o nome utilizado anteriormente.

sobre” o indivíduo em sofrimento. Para o GIPSI, a noção de “crise” é vista a partir do eu, ou seja, da manifestação interior da dita “crise”. Trago um trecho que fala um pouco sobre conceito do discurso psicológico:

Para a noção de “crise”, Souza, Assumpção e Mascarenhas (2004) informam que ela vem de Nicolas de Coulon (1999). Esse autor caracterizou-a como: o momento da ruptura do equilíbrio intrapsíquico e/ou interpessoal que leva o sujeito ao encontro de profissionais da área de saúde mental; o momento de o profissional transformar a necessidade de resposta imediata que comporta uma urgência em tempo de trabalho de crise, dilatando o tempo de forma a explorar a dinâmica do desequilíbrio; constatação de que a crise supõe momento de abertura, momento fecundo de remanejamento psíquico (Ferrari, Silva, M. da Silva, Carmo; 2007).

Diante da citação acima e tendo como base também minha breve experiência de campo no Hospital São Vicente de Paula, podemos dizer que estar *em crise* é a porta de entrada para o atendimento em saúde mental. Uma parte considerável do atendimento psiquiátrico de emergência é feito em indivíduos ditos *em crise*. É a “fase dos remédios”. Claro que estes permanecem presentes nos outros momentos do processo de se tornar ou estar “doente”, mas especialmente nesta ante sala psíquica, digamos, encontram seu mais claro objetivo. Os medicamentos são utilizados para amenizar o momento de maior manifestação do sofrimento do indivíduo ou, em outras palavras, momento de maior expressão de um comportamento socialmente atípico.

As *primeiras crises* se referem aos primeiros acontecimentos dessas manifestações da dita “doença mental” ou, segundo o documento do GIPSI, expressões de um *sofrimento psíquico grave*. Nessa fase geralmente ainda não se possui um diagnóstico por parte de um profissional da área, assim como ainda não se sofre o estigma comumente relacionado a essa papel social.

A idéia de *sofrimento psíquico grave* é de fundamental importância, pois é um estado de ser do indivíduo. Para psiquiatras, que utilizam o diagnóstico como ponto de partida para o tratamento, o estado de ser dos indivíduos é a “doença”. O GIPSI não fazia uso dessa palavra para se referir aos seus *clientes*: eles não eram chamados de “doentes mentais”. Nas palavras do GIPSI, “os conceitos aqui utilizados fazem parte do questionamento e da crítica dos conceitos secularmente

utilizados na área” (GIPSI, 2008). Portanto, existia uma crítica à idéia de “doença mental” e o Grupo optava pela expressão *sofrimento psíquico grave*.

O adjetivo *grave* caracteriza a intensidade de um sofrimento a que os indivíduos estão expostos em qualquer relação social. É importante ressaltar que a linha que divide o sofrimento do sofrimento psíquico grave é tênue, porém é o que caracteriza o público-alvo atendido pelo Grupo. Vivenciar a experiência de um *sofrimento psíquico grave* representa adentrar em um universo incerto, cercado de dificuldades e estigmas que, geralmente, leva o indivíduo ao isolamento, como é o caso de parte dos *clientes* atendidos pelo Grupo etnografado. Como no primeiro relato do caso que observei, a *cliente* vivia isolada e tinha pouco contato social.

A idéia de *intervenção* tem o sentido de fazer cessar, amenizar, modificar determinada experiência de sofrimento. O atendimento consistia, para o Grupo, nesta *intervenção*. e foco do atendimento do GIPSI eram as *primeiras crises* ou os primeiros episódios de um *sofrimento psíquico grave*.

Essa *intervenção* pôde ser observada em um caso de um menino de aproximadamente 17 anos que, segundo os psicólogos relataram, quando chegou ao Grupo não falava praticamente nada nos atendimentos, mas com o tempo, passou a se expressar na terapia. Este exemplo mostra a progressão do caso a partir da *intervenção* iniciada no primeiro contato deste *cliente* com o GIPSI.

A expressão *do tipo psicótica* está carregada de muitos pré-conceitos e se caracteriza pela complexidade em lhe dar significados. Nas próprias reuniões do Grupo, se discutia esse conceito fazendo referência a outro conceito muito utilizado no discurso psicológico: *psicose*. Não existe tampouco um significado objetivo e limitado de tal conceito, tanto que ele tem sido questionado e criticado desde Freud, como uma oposição, ou não, a outro conceito: *neurose*. Thomas Szasz dedica uma considerável parte de seu livro, “O mito da doença mental” (1974), à discussão acerca da *neurose* e *psicose*. Não vou trazer tais questões para esse trabalho, pois seria necessário recorrer a uma extensa lista de autores e adentrar em uma área do discurso psicológico bastante polêmica. Indico ao leitor, além do livro citado acima, um texto referência deste conceito para o GIPSI, “O desafio da esquizofrenia” (Shirakawa; *et al*, 2001).

Em linhas gerais, segundo compreendi no Grupo, no caso do público-alvo do GIPSI, a *psicose* está presente em muitos dos *sinais* de uma *crise*: delírios auditivos

e/ou visuais, paranóia, alucinações, entre outros. É importante ressaltar aqui que nem todos os *clientes* atendidos pelo Grupo compartilham desses *sinais*, “cada caso é único”, como diziam nas reuniões, cada indivíduo possui sua própria manifestação da loucura que decorre de diferentes experiências de vida. Não existe um padrão fixo, como o padrão tomado por base para se proferir um diagnóstico, ou para classificar um comportamento como *neurótico* ou *psicótico*. Esta realidade só esboça na oposição ao que se considera “normal” (pessoas não falam sozinhas, não vêem coisas que aparentemente não existem...).

Ao longo da minha experiência no Grupo e a partir das análises dos *relatos de casos* percebi que a chamada “loucura” se expressa em diversas e infinitas formas. Como ocorre com as doenças físicas as quais se descreve facilmente de modo sintomático, porque estes sintomas são recorrentes e similares em um grande número de indivíduos.

O nome do GIPSI, portanto, já descreve boa parte do foco do Grupo e define seu público-alvo bastante específico, por se tratar de um grupo tão minoritário – da população geral do país apenas uma parcela sofre com problemas de saúde mental, e dentro desse minoria somente uma pequena parte se encaixa no perfil atendido pelo Grupo. Mas principalmente, este nome já nos mostra alguns dos conceitos-chave trabalhados de modo recorrente, sendo frequentemente utilizados nos relatos de *casos* e nos outros momentos, como veremos a seguir.

4.2 Outros conceitos

Ao longo das primeiras reuniões tive que me acostumar com algumas palavras e expressões que eram utilizadas com frequência pelo Grupo – além das já citados no tópico anterior. Lembro-me, que nas primeiras reuniões, havia um conceito que sempre chamava a minha atenção: *pródromos*. Tive contato com tal expressão logo na primeira reunião na qual o coordenador chamou a atenção dos novos integrantes para a análise do significado desse conceito. Este era essencial para a compreensão do trabalho exercido pelo Grupo.

O *pródromo*, de acordo com o dicionário, é um “sinal anunciador, primeiros indícios de alguma coisa” (Dicionário online de português). Para o GIPSI, os *pródromos* eram os “sinais anunciadores” de um *sofrimento psíquico grave*, “os

indícios de uma possível crise”. Esse conceito era muito utilizado tanto nas discussões conceituais do Grupo como nos *relatos de casos* sobre novos *clientes*. Mas vejamos como se chegava aos *pródromos*.

A admissão de novos *clientes* era possível a partir do preenchimento de um formulário no Instituto de Psicologia que deveria ser feito pelo pessoa interessada ou algum parente dessa pessoa. Alguns casos eram encaminhados para o GIPSI através do Hospital São Vicente de Paula (HSVP) ou de outros grupos de atendimento terapêutico. Com o formulário preenchido, era necessário que o indivíduo passasse por um *acolhimento*, ou seja, uma prévia seleção que analisava se o *cliente* era um possível público-alvo para o GIPSI.

Nunca cheguei a ver um formulário de perto a ponto de poder ler com atenção. Mas pelo pouco que pude observar, era um questionário composto de alguns campos para preenchimento de informações pessoais – incluindo os horários que o sujeito teria disponível para o atendimento terapêutico, idade, endereço, se estudava ou trabalhava, etc – e uma lista onde era possível assinalar alguns *sinais* de comportamento atípico percebidos pelo indivíduo e/ou por sua família, como por exemplo, “problemas com sono”, “apatia”, “comportamento bizarro”, entre outros.

Os próprios psicólogos ligavam para os possíveis *clientes* e marcavam o horário para o *acolhimento* no qual o psicólogo tentava ao máximo compreender o sofrimento do indivíduo. Os atendimentos de *acolhimento* também eram relatados. Estes possuíam a característica de serem mais contextualizados. Para mim, estes relatos eram mais fáceis de serem acompanhados e até mais interessantes por se tratar de um primeiro atendimento em que seria avaliado se aquela pessoa seria ou não “caso para o GIPSI”, colocando em discussão os conceitos utilizados.

A partir desse primeiro contato com o possível *cliente*, era feita a análise do caso, a observação se focava claramente na busca pelos *pródromos*. O próprio psicólogo na hora de relatar ao Grupo já descrevia suas impressões sobre os possíveis *sinais*²⁴ de um *sofrimento psíquico grave*. Outros pontos também eram de fundamental importância: o uso ou não de medicamento, se já havia passado por internação, se era a primeira experiência de *crise* e se fazia ou se já havia feito tratamento psiquiátrico.

²⁴ Lembrando que se tratava de uma análise clínica.

No próximo tópico irei explicar como ocorriam os *acolhimentos* e como eram feitas as análises desses casos.

4.3 Os relatos dos *acolhimentos*

Trago como exemplo de um relato dos *acolhimentos*, o caso de um garoto de treze anos que foi atendido, nesse primeiro encontro, junto com a mãe.

Inicialmente, o psicólogo contextualizou o caso dando informações como idade, local de moradia e profissão da mãe. Depois ele ressaltou que o *cliente* morava apenas com a mãe e que seu pai possuía outra família. Segundo o psicólogo, era bem calado e a mãe que relatou as queixas que a fizera procurar o Grupo. Ela teria dito que o garoto “via fantasmas”, “vultos grandes que falavam com ele” e que ele era “esquecido”. O psicólogo destacou ainda, naquela reunião do GIPSI, o fato de o menino querer que a mãe o acompanhasse no atendimento.

Após o breve relato, o coordenador perguntou ao Grupo se era “um caso para o GIPSI”, e a maioria dos integrantes pareceu concordar que sim. Inclusive, o psicólogo que fez o relato do caso observou o fato de a mãe ter dito que o garoto “via fantasmas” como um “sinal” indicativo de um possível *sofrimento psíquico grave*.

O foco do Grupo nos casos dos *acolhimentos* – além do que o próprio significado da palavra indica – era exatamente verificar a presença ou não dos *pródromos* indicativos de um potencial *sofrimento psíquico grave* e analisar se os sujeitos que haviam procurado o Grupo preenchiam os requisitos para serem atendidos pelo GIPSI de forma continuada, pois este trabalhava com um público-alvo bastante específico.

Os casos que não eram considerados público-alvo do GIPSI eram encaminhados para outros Grupos de atendimento terapêutico, alguns que também eram oferecidos pelo Instituto de Psicologia. Portanto, mesmo que o sujeito não fosse atendido pelo Grupo, ele não ficava desamparado, pois tinha-se a preocupação de encontrar outro Grupo que pudesse atender tal indivíduo. E como veremos no próximo capítulo, não era fácil operar tal seleção porque nem sempre os casos se encaixavam perfeitamente nos “formas”.

É interessante observar que entre os casos que eram atendidos pelo GIPSI, havia indivíduos que já tinham passado pelas *primeiras crises*, como havia também

aqueles que estavam em um estágio, digamos, de *pré-crise* que possivelmente era mais difícil de se detectar.

No próximo tópico irei falar sobre a presença da família como categoria fundamental para o desenvolvimento do trabalho exercido pelo Grupo.

4.4 A família

Nos atendimentos do Grupo, a relação do *cliente* com a família era bastante valorizada e representava uma categoria essencial para o Grupo. Tanto que o GIPSI sempre ressaltava que o atendimento terapêutico individual deveria ser acompanhado do atendimento terapêutico familiar. Utilizo o verbo no futuro do pretérito para demonstrar que nem todo caso possuía essas duas formas de terapia, pois, como o caso relatado no capítulo anterior, a família da *cliente* não podia participar da terapia familiar porque moravam em outro estado.

No atendimento terapêutico familiar, dois psicólogos ficavam responsáveis pela terapia incluía tanto o indivíduo que fazia o atendimento individual como sua família. Para alguns a família era apenas a mãe, para outros era composta por irmãos e pais, ou tios, entre outros. Geralmente, essa rede familiar era formada pelos indivíduos que moravam como o *cliente*. Nas palavras do GIPSI:

A terapia familiar sistêmica entende e procura abordar um problema em relação ao seu contexto, incluindo-se o Grupo familiar e a relação deste com o grupo social. A família constitui-se no primeiro grupo que através de seus múltiplos relacionamentos promovem o desenvolvimento psicossocial do indivíduo e a sua noção de identidade. A família é vista também como um sistema aberto quando em relação com o ambiente externo, num jogo recíproco de influências (GIPSI, 2008).

Em alguns casos, havia uma resistência por parte da própria família em participar do atendimento terapêutico. Alguns não compreendiam porque também deveriam participar da terapia, como evidenciei no primeiro relato de caso familiar que observei. Segundo os psicólogos que relataram tal caso, “a mãe não entendia a necessidade da terapia familiar”, “achava que somente a filha deveria fazer”.

Em outros relatos, foi perceptível que alguns familiares dos *clientes* atendidos pelo Grupo, não freqüentavam a terapia familiar com assiduidade, havendo muitas

faltas e uma certa dificuldade em manter o andamento desse atendimento específico.

No próximo capítulo, irei trazer um panorama geral dos *casos*, destacando algumas questões importantes que observei ao longo da minha participação no GIPSI.

5. Panorama geral das pessoas atendidas pelo GIPSI

5.1 Os *clientes*

Este capítulo será dedicado ao desenvolvimento de minha análise sobre os relatos dos casos atendidos pelo GIPSI. Perguntas como “quem são esses sujeitos” ou “como esses clientes chegaram ao Grupo” serão abordadas a partir da análise dos dados reunidos e, a partir da apresentação de um panorama geral, elencar alguns pontos importantes do trabalho exercido pelo GIPSI.

Elaborei um “quadro sinótico” com algumas questões mais recorrentes vivenciadas pelos indivíduos que eram atendidos pelo Grupo. Malinowski nos mostra que “sempre que o material de pesquisa” nos permitir, devemos materializá-los em um “quadro sinótico” (1978: 26). Inicialmente, tal quadro serviria apenas para dar uma dimensão do panorama geral, como uma das primeiras tarefas de organização dos meus dados reunidos no caderno de campo. Entretanto, sua função se mostrou mais relevante e será bastante útil para uma melhor compreensão de como os casos eram constituídos. Por isso, resolvi incorporá-lo neste capítulo.

Vale acrescentar que as informações constantes em tal quadro não são totalmente completas. Alguns casos possuem mais informações preenchidas do que outros. Em determinados casos até mesmo a idade é um dado aproximado. É necessário levar em conta que os relatos eram feitos sempre priorizando os pontos de análise do GIPSI. Muitas informações eu consegui reunir a partir da organização do meu caderno de campo. Portanto, ao analisar o “quadro sinótico” a seguir, é necessário levar em conta que nem todas as questões foram respondidas ao longo de minha participação no Grupo. Afinal, dar um panorama sobre o caso não era uma atividade rotineira e padronizada por parte do GIPSI, mas muito mais um esforço de minha parte para entender o contexto de cada caso e pessoa atendida. Eu tentava afinar minha escuta para as características do caso, que apareciam pulverizadas aqui e ali, ao longo das reuniões. Optei por incluir todos os relatos de casos que presenciei mesmo que alguns não estejam completos, pois o fato de nem todas as lacunas estarem preenchidas demonstra uma característica do próprio Grupo que é a seleção de determinadas questões em detrimento de outros ao fazer os relatos.

É importante ressaltar que irei resguardar a privacidade tanto dos indivíduos atendidos pelo Grupo como dos integrantes do mesmo. Farei uso de pseudônimos para me referir a tais sujeitos. Havia pensado em utilizar números ou uma sequência de letras, porém talvez diminuísse a dimensão humana dos relatos. Vale acrescentar que até entre os integrantes do GIPSI – pelo menos durante as reuniões – não falavam os nomes, utilizavam somente as iniciais. Uma vez ou outra, durante os relatos, acabava-se falando o primeiro nome, mas a regra era a utilização das siglas. Até pela própria formação dos psicólogos e seu papel diante dos atendimentos terapêuticos, é necessário manter um “distanciamento” e o sigilo para com os sujeitos mesmo que seja perante seus pares profissionais. Eles se corrigiam quando soltavam o nome verdadeiro. Portanto, o cuidado com os nomes era regra do Grupo.

Sobre o valor do “distanciamento”, vale compreender como era valorizado pelo Grupo em um dos relatos. Tratava-se do atendimento de um adolescente de aproximadamente dezoito anos. Os relatos deste caso envolviam uma certa mobilização no Grupo. Esse *cliente* já era atendido pelo Grupo há algum tempo. Foi relatado que, nas primeiras sessões, o garoto simplesmente não falava, e que, com o tempo e com a introdução do jogo de xadrez, ele começou a se expressar. Por se tratar de um adolescente que se encontrava em um *sofrimento psíquico grave* e que já demonstrava uma melhora – em comparação a quando este começou a ser atendido pelo Grupo – causava visivelmente, através de expressões e também de comentários dos participantes, uma comoção geral no GIPSI. O coordenador, em determinado momento de um dos relatos desse caso, chamou a atenção para a necessidade do psicólogo se manter em seu papel com o “distanciamento” fundamental para o desenvolvimento da terapia. Esse “distanciamento” analítico e o uso de anominização dos casos eram, portanto, práticas comuns do trabalho do GIPSI.

5.2 Descrições dos casos

Antes de apresentar a tabela, irei trazer algumas descrições dos casos para que possamos compreender o que o público-alvo do GIPSI enfrenta como sofrimento.

Começarei citando três exemplos de um atendimento de *acolhimento* feito pelo Grupo. Primeiro é o caso de Rafael (caso 12, tabela 1) de 18 anos, que afirmou ser “agressivo”, ter “paranóias” – tem “medo de gangues” – além de possuir um “conflito com e a mãe o padrasto”. Fazia uso de medicação e, segundo o psicólogo, possuía “discurso desconexo”.

No caso de Leandro (caso 14, tabela 1), os psicólogos relataram outros *sinais* percebidos nesse primeiro atendimento, como “agressividade”, “falta de apetite” e “delírios”. Foi relatado que o *cliente* não fazia uso de medicamento, mas às vezes “utilizava diazepam”. Outro ponto destacado pelos psicólogos nesse caso era a presença de uma “experiência traumática”, o *cliente* havia presenciado o assassinato do irmão de 17 anos.

Outro caso que nos mostra um pouco das descrições que eram feitas pelo Grupo é do caso de Débora (caso 23, tabela 1), uma estudante de Artes Cênicas. Os psicólogos afirmaram que ela “achava que todos estavam contracenando”, que “tudo seria um teste de teatro” e que ela “vivía em uma realidade que não era dela”.

Por último, trago um outro caso de Cátia (caso 8, tabela 1) que representa bem as descrições dos relatos dos casos. Ela havia sido internada 10 dias antes de procurar o atendimento do GIPSI. Segundo o relato do psicólogo, essa “era sua primeira crise”, ela teria “se agredido”, possuía um “discurso místico e religioso” e “ouvia vozes”. Essa *cliente* era professora, possuía marido e dois filhos.

Esses são alguns exemplos que nos mostram como o Grupo construía os relatos dos *acolhimentos* e também, uma vez em atendimento continuado, relatos dos casos. Importante trazer tais informações neste ponto para que possamos compreender melhor a função do “quadro sinótico” e as generalizações que dele irão emergir.

5.3 O “quadro sinótico” e primeiras análises

Segue abaixo o quadro geral dos relatos de casos observados no tempo que participei do GIPSI. Ao longo de 34 reuniões em que estive presente no ano de 2008, 25 casos foram apresentados ao Grupo por seus participantes.

	<i>Caso</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Histórico familiar</i>	<i>Ajuda psiquiátrica</i>	<i>Medicação</i>	<i>Acolhimento*</i>
1	Ana	25	Feminino			Sim	Sim	Não
2	Giovana	entre 20-26	Feminino		Sim, uma tia	Sim	Sim	Não
3	Talita	entre 20-26	Feminino	Solteira	Sim, um tio	Sim	Sim	Não
4	Sandra	entre 20-26	Feminino		Sim, 3 membros	Sim	Sim	Não
5	Paula	17	Feminino					Sim
6	Larissa	entre 40-50	Feminino	Casada		Sim	Sim	Sim
7	Marcos	13	Masculino	Solteiro				Sim
8	Cátia		Feminino	Casada		Sim	Sim	Sim
9	João	34	Masculino	Solteiro		Sim		Sim
10	Cíntia	22	Feminino	Solteira				Sim
11	Pedro	17 ou 18	Masculino	Solteiro		Sim	Sim	Não
12	Rafael	18	Masculino	Solteiro				Sim
13	Cristina	35	Feminino	Casada	Sim, mãe e irmão		Não	Sim
14	Leandro	24	Masculino	Solteiro		Sim	Sim	Sim
15	Cássio	17	Masculino			Sim	Sim	Sim
16	Danilo	18	Masculino			Sim	Sim	Sim
17	Paulo	18	Masculino					Não
18	Maurício	17	Masculino					Sim
19	Ricardo	entre 20-25	Masculino	Solteiro		Sim	Sim	Não
20	Daniela	65	Feminino	Divorciada		Sim	Sim	Não
21	Isadora	21	Feminino	Solteira		Sim	Sim	Não
22	Fernanda	30	Feminino					Sim
23	Débora	entre 25-30	Feminino	Solteira	Sim			Não
24	Marcele	entre 25-30	Feminino	Solteira	Sim			Sim
25	Mariana	entre 25-30	Feminina	Solteira	Sim			Sim

* O campo *Acolhimento* se refere aqueles indivíduos que se encontram na fase inicial de atendimento do Grupo, ainda não se decidiu se o caso é público-alvo do GIPSI. Os casos com “não” nesse campo, se referem os *clientes* que já são atendidos pelo Grupo, já são público-alvo.

Inicialmente, é possível observar a presença em maior número de mulheres atendidas pelo Grupo que totalizam 15 dos 25 casos. A questão do feminino no *sofrimento psíquico grave* não se refere apenas aos casos nos quais o *cliente* é do sexo feminino. Muito dos casos onde o *cliente* atendido é do sexo masculino, a presença da mãe é marcante seja pela participação ativa na terapia familiar ou pela iniciativa de procura pelo atendimento do GIPSI. No próximo tópico, irei tratar especificamente sobre questões de gênero do Grupo.

Outro dado que é possível observar a partir da Tabela 1, é a faixa etária mais atendida pelo Grupo. Vê-se apenas duas *clientes* acima dos trinta e cinco anos. A maior parte do atendimento é destinado a indivíduos entre 18 e 25 anos, as mulheres dominam essa faixa etária com oito *clientes* para cinco do sexo masculino. Interessante observar que os indivíduos que possuíam menos de dezoito anos são todos do sexo masculino.

Essa maior prevalência de jovens entre os *clientes* do Grupo pode ser explicado em grande parte pela especificidade de seu público-alvo, direcionado ao atendimento nas *primeiras crises*, e que parecem, a partir da análise da Tabela 1, desenvolver seus primeiros episódios entre os dezoito e trinta anos.

Vemos também que alguns *clientes* do GIPSI possuíam históricos familiares de um *sofrimento psíquico grave*. Tal questão era levantada com freqüência nos relatos dos atendimentos de *acolhimento*, sendo que quando o *cliente* possuía esse histórico familiar os psicólogos enfatizavam esse fato. Talvez representasse um *sinal* de um *sofrimento psíquico grave*. Destaco o caso de número 4 que, segundo os psicólogos, Sandra relatou ter três membros da família com diagnóstico de esquizofrenia.

Um outro ponto muito importante de se observar é a presença da psiquiatria como outra forma de acompanhamento terapêutico. De 25 casos, 15 já haviam passado ou ainda faziam acompanhamento psiquiátrico. Destes, 9 eram mulheres e 11 são jovens de até 30 anos. Tratei de tal questão e suas implicações no ponto 5.5.

5.4 Questões de gênero no *sofrimento psíquico grave*

A presença feminina no GIPSI representava 60% dos *clientes* atendidos nesse período, sendo em sua maioria jovens de até trinta anos. A presença das mulheres não se limitava apenas ao atendimento individual, elas também estavam presentes nos casos de atendimento de indivíduos do sexo masculino sempre marcando presença na terapia familiar, muitas vezes como “pilares” do núcleo de relações desses sujeitos.

Possuíam seu papel essencial para o desenvolvimento do atendimento terapêutico, mostrando-se como núcleo central da família e com discurso ativo dentro da estrutura familiar e na decisão de procurar e seguir algum tratamento. Em

muitos dos casos observados, eram elas que buscavam ajuda para família, que levavam ao atendimento rotineiro e que participavam da terapia familiar.

Trago como exemplo o caso de número 7. Foi a mãe de Marcos quem procurou o atendimento do Grupo e, na primeira entrevista do *acolhimento*, praticamente só ela falou com o psicólogo, o garoto permaneceu grande parte do tempo calado segundo o relato no GIPSI. No segundo atendimento, apesar de se tratar da terapia individual, a mãe participou. Esse exemplo é importante para demonstrar o papel fundamental exercido, por se tratar de um *cliente* mais tímido e que quase não falava, coube a mãe relatar – claro, a partir do seu ponto de vista – o comportamento do menino e assim “auxiliar” o trabalho do psicólogo.

Para um primeiro encontro, talvez fosse normal que o *cliente* não tivesse se expressado tanto. Entretanto, mantendo o foco do trabalho do Grupo, era essencial que nas próximas sessões o garoto fosse atendido sem a mãe. Importante ressaltar que havia dois encontros semanais para o atendimento de cada caso: um para a terapia individual do *cliente* principal e um para a terapia familiar.

O *sofrimento psíquico grave* no universo feminino se apresenta de diversas formas e de acordo com a peculiaridade desse universo social, como afirmou Sônia Maluf:

Nos estudos antropológicos sobre saúde mental, distúrbios psicológicos e/ou perturbações nervosas, o gênero tem aparecido em sua relevância etnográfica – tanto quantitativa, pelo alto índice de mulheres sofredoras desse tipo de perturbação, quanto qualitativa, pelas especificidades da experiência social “feminina” da doença e do sofrimento psicológico, físico-moral ou do nervoso (2006).

Observei que em alguns relatos de casos do atendimento de *clientes* do sexo feminino, os psicólogos se referiam à questão da sexualidade como ponto importante para a análise do sofrimento como um todo. Como no caso 1 da Tabela 1, que por ter sofrido abusos na infância, Ana possuía uma “sexualidade conturbada” e representada, segundo os psicólogos, por sua relação instável com um homem pelo qual se “sentia atraída”.

O mesmo foi dito no caso 3: Talita apresentava “problemas com a sexualidade”. De acordo com os relatos, a jovem vivia uma dicotomia entre o ser “puta” – palavra que havia sido reproduzida como termo utilizado pela mãe para

reprimir Talita em suas relações amorosas – e o ser “santa”, demonstrando uma dicotomia entre sagrado e profano.

Outro ponto interessante dessa análise é a relação de duas *clientes* na faixa etária de 40 e 60 anos com o casamento. No exemplo de número 20 de Daniela, membros do GIPSI relataram que ela sofrera muita repressão por parte do pai, que era “muito rígido”. Na fase adulta, o marido nunca a deixou trabalhar, ao passo que este trabalhava muito, “sempre viajando”, segundo a equipe do GIPSI. O casal havia se separado há 17 anos e ela achava que “ele a largara porque ela cobrava muito dele”, que “não tinha sido capaz de segurar o marido”. Esta *cliente* se “sentia perseguida”, ouvia vozes que a chamavam de “puta” e “desquitada”. O outro exemplo é o de número 6. Larissa vivera casada durante 27 anos, mas dizia que “nunca quis casar” e estava tentando “anular o casamento”. Assim, o casamento aparece nos discursos desta faixa etária como explicação central para o sofrimento vivido.

Nos *casos* dos *clientes* do sexo masculino, a agressividade expressa em palavras e também em atos aparecia de forma recorrente. Cito como exemplo o *caso* de número 19. Em uma sessão do atendimento familiar, o pai havia relatado que o Ricardo havia “batido em uma menina no colégio” e que havia “mordido a orelha e a pata de um cão”, além de ter ameaçado o pai de “esquartejá-lo e bater com o martelo para quebrar a cabeça dele”.

Esses exemplos mostram como o *sofrimento psíquico grave* de cada gênero se apresenta de forma tão distinta e, como disse no capítulo anterior, cada *caso* é muito particular. Mas se analisarmos o contexto a partir de uma perspectiva do gênero, percebemos que determinadas questões são recorrentes – mesmo que expressas de maneiras diferentes – para cada sexo. Enquanto no universo feminino encontramos queixas quanto à sexualidade e ao casamento, no universo masculino, temos a agressividade interpessoal como queixa freqüente. No entanto, em ambos os Grupos, as relações familiares parecem nortear os problemas que geram sofrimento psíquico.

5.5 Psiquiatria no GIPSI

A presença da psiquiatria no GIPSI é visível. Apesar de não ter psiquiatras entre os indivíduos que integravam o Grupo, às vezes se falava nessa especialidade médica quando o *cliente* havia passado pelo hospital e possuía um diagnóstico. Como é possível observar a partir a Tabela 1, grande parte dos clientes do GIPSI já havia procurado ajuda psiquiátrica²⁵. Muitos vieram encaminhados do Hospital São Vicente de Paula (HSVP), onde haviam sido atendidos na emergência psiquiátrica. E juntamente com estes diagnósticos e internações, vemos uma profunda ligação com o uso de medicamentos, tanto que ao recorrer a tabela percebemos que todos os *clientes* que fazia ou haviam feito uso de remédios passaram por psiquiatras.

Vale acrescentar que o caminho percorrido pela maioria dos *clientes* do GIPSI se iniciava com a procura da ajuda psiquiátrica. Parte deles entram no campo da saúde mental a partir da emergência psiquiátrica. E somente após essa etapa é que passam a procurar outros meios de atendimento não focados exclusivamente no hospital. Portanto, parte dos indivíduos atendidos pelo Grupo já haviam tido uma primeira ou segunda *crise* sendo que alguns haviam passado por internações prévias.

Por último, é interessante observar a presença da palavra “esquizofrenia”, derivada de um diagnóstico e classificada como “doença mental”. Quase não se falava em nomes de “doenças”, geralmente quando o *cliente* já havia passado por acompanhamento psiquiátrico, falava-se o nome do diagnóstico dado por este profissional anterior. Mas esta palavra estava presente seja na discussão de um diagnóstico proferido por um psiquiatra seja na fala dos próprios *clientes*. Alguns desses haviam recebido tal diagnóstico, outros relatavam casos na família como no exemplo de Sandra (*caso 4*, Tabela 1), que afirmou ao integrante do GIPSI que o três membros de sua família “conviviam com o estigma da esquizofrenia”.

A partir dessa observação sobre a presença da esquizofrenia na discussão, procurei ler a respeito e encontrei um estudo sobre a incidência desse diagnóstico em comparação a pesquisas de décadas anteriores:

²⁵ O atendimento psiquiátrico varia conforme cada profissional. Alguns possuem encontros semanais, como forma de terapia. Este se diferencia do GIPSI pela forma de cuidado e pelo foco de seu público-alvo.

As diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes. A incidência real deve estar entre 1 e 7 casos novos para 10.000 habitantes por ano, dependendo do critério diagnóstico adotado na estimativa. Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil originam estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas em outros países (Mari, *et al*; 2000).

Apesar de todo o processo de reforma em saúde mental no país, a presença da psiquiatria ainda é muito marcante. Talvez sua forma de acesso tenha mudado, como vemos com os *clientes* do GIPSI, que procuram outros meios de cuidado, mas esta ainda constitui uma etapa do processo pela procura de um atendimento de qualidade.

5.6 O último relato de caso

O último relato de caso que ouvi durante minha estada no GIPSI foi bem especial, no sentido de ter mobilizado o Grupo de maneira que eu não havia presenciado antes. Mobilização apresentada por expressões de espanto e/ou tristeza e alguns comentários que demonstravam esses sentimentos. Alguns casos já haviam causado uma certa comoção geral – como no caso do jovem Pedro (caso 11, Tabela 1), descrito no início do capítulo – mas não da mesma forma que houve nesse relato específico.

Trago a análise deste último caso na parte final de meu trabalho porque, além de poder apresentar ao leitor o mesmo caminho cronológico que segui e de meu processo de crescente entendimento do GIPSI, ele demonstra uma questão de fundamental importância no atendimento do Grupo. Inicialmente, vou relatá-lo para explicar melhor essa importante questão.

O caso foi relatado por dois psicólogos, um graduando e uma mestranda de Psicologia. Foi um *acolhimento*, ou seja, o primeiro contato do Grupo com as *clientes*. A procura pelo atendimento terapêutico do GIPSI foi feito por duas irmãs: Marcele e Mariana (caso 24 e 25, Tabela 1), ambas com idade entre 30 e 40 anos, respectivamente. A irmã mais velha, Mariana, procurou o Grupo para o atendimento terapêutico da Marcele. Apesar desse fato, resolvi colocar os casos separados na Tabela 1, explicarei o porquê após descrever o caso.

Antes de começar a relatar, os psicólogos disseram que se tratava de um caso muito “triste”. Eles começaram descrevendo alguns *sinais* de um possível *sofrimento psíquico grave* de Marcele: “problemas alimentares”, “não tem vontade de fazer nada”. A irmã mais velha se queixava que “a família estava em crise”. Os psicólogos observaram que a Mariana falava mais que Marcele, ela relatou que haviam sofrido “muita violência por parte da mãe”. O pai havia lhes abandonado para viver em outra família quando elas eram muito jovens, mas que, após anos de afastamento e com o pai com um “câncer na cabeça”, elas tiveram que cuidar dele. E, como os psicólogos relataram, elas “viram o pai definhando”.

A Mariana cuidava da irmã Marcele e de uma filha da primeira, e a mãe delas cuidava do filho mais velho de Mariana. A mãe e um irmão do meio moravam no mesmo prédio que elas. As irmãs eram encarregadas de “alimentar este irmão e a mãe desde os doze anos”. Esse irmão sistematicamente as repreendia com ameaças e até com “arma de fogo”.

Foi relatado que elas possuíam também um histórico de abuso sexual por parte de um padrasto. Mariana teria dito que “tentou contar para a mãe, mas ela lhe bateu”. Esta mãe fazia tratamento psiquiátrico.

Durante todo o relato, os integrantes do GIPSI permaneceram atentos, muitos demonstrando expressões de tristeza diante da dimensão do sofrimento envolvido, fato também sentido por mim. Ouvi alguns murmurinhos, cochinhos entre um ou outro integrante que parecia se referir ao *caso das irmãs*.

Após o relato, o coordenador do Grupo perguntou: “Este é um caso para o GIPSI?”. Alguns psicólogos deram suas opiniões, citando por exemplo que “não havia sinais claros de um sofrimento psíquico grave”, não haveriam ali os *pródromos*, exceto pela presença do histórico familiar. Mas a maior parte dos integrantes pareciam acreditar que se tratava de “um caso para o GIPSI”.

Porém, após alguns comentários, o coordenador afirmou que “a própria experiência de vida indicava um intenso sofrimento” e que o histórico familiar poderia representar um “sinal” para um provável *sofrimento psíquico grave*. A partir dessa fala, o Grupo considerou importante a análise do coordenador e consentiram em atender o caso. Então, a decisão pelos atendimentos era coletiva, com base na apresentação dos dados do *acolhimento*, seguida pelos diferentes argumentos apresentados pelo Grupo.

Decidi por incluir a Mariana como *caso*, apesar de inicialmente a procura pelo atendimento tenha sido para Marcele, pois a primeira também estava em sofrimento e até pela própria designação do Grupo, o *caso das duas irmãs*.

A dúvida sobre “se é ou não é caso para o GIPSI” é o dilema frequentemente enfrentado pelo Grupo. Não falavam de diagnósticos específicos (mesmo que tivessem sido emitido por outros profissionais externos ao GIPSI, mas selecionavam as pessoas que chegavam conforme uma grande categoria diagnóstica definida pelo Grupo, *sofrimento psíquico grave*. Vemos na decisão do Grupo, um cuidado na análise da escolha de seu público-alvo. Alguns dos atendimentos de *acolhimento* ocorriam em mais de uma sessão, até que se pudesse decidir se era “caso para o GIPSI”. A terapia familiar era fundamental nesse ponto, pois o Grupo buscava trabalhar não só indivíduo, como também sua família. O atendimento individual é uma das etapas a intervenção, a família também deveria participar desse processo.

Após esse último relato de *caso*, compreendi melhor o trabalho do Grupo. Eles exerciam uma tarefa bastante complexa diante de seu público-alvo e que envolvia decidir se poderiam ou não ajudar na *intervenção* de sofrimentos tão profundos relacionados às experiências de vida aqui relatadas. Percebo que o GIPSI representa um caminho do cuidado em saúde mental extremamente importante dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica e que inclui a família como categoria essencial no atendimento terapêutico, pois não adianta cuidar do indivíduo se o meio em que este está inserido permanece “doente”.

Quando comecei a participar do GIPSI não via a verdadeira extensão do trabalho exercido por eles. O Grupo se propõe a tarefa de *intervir* no sofrimento vivido pelo indivíduo e por sua família, entretanto para tal é necessário analisar cada caso dentro das particularidades do trabalho de *intervenção* proposto e, tendo esse foco, poder exercer um ótimo atendimento terapêutico.

A partir da análise da Tabela 1, dos *casos* atendidos pelo GIPSI, podemos observar o cuidado no processo de análise do *acolhimento* dos possíveis *clientes*, sempre respeitando os preceitos do trabalho do Grupo e os diversos pontos de vista apresentados pelos integrantes. Encontrar as particularidades dentro da dimensão que envolve o sofrimento psíquico é uma tarefa bastante minuciosa e que necessita desse cuidado demonstrado pelo GIPSI.

Portanto, o GISPI representa um ótimo exemplo dos novos dispositivos de atendimento em saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica promovendo a humanização no cuidado com o indivíduo e ampliando a discussão em torno o sofrimento vivido por esses sujeitos.

6. Considerações finais

Concluo minha dissertação satisfeita com o trabalho desenvolvido e, principalmente com o conhecimento adquirido ao longo dessa experiência. Hoje, compreendo melhor meu papel de antropóloga. Como Roberto Cardoso de Oliveira em “O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever” afirmou:

Se o Olhar etnográfico, tanto quando o Ouvir, cumpre sua função básica na pesquisa empírica, é o Escrever, particularmente no gabinete, que surge como momento mais fecundo da interpretação: e é por meio dele – quando se textualiza a realidade sócio-cultural – que o pensamento se revela em sua plena criatividade (Oliveira, Roberto Cardoso de; 1996).

Eu particularmente me identifiquei intensamente com a fala de Roberto Cardoso. No começo de minha pesquisa me dediquei a observar o trabalho do Grupo como um todo, lembrando que não tinha um foco determinado de análise. Agora, após a escrita, compreendo melhor meu papel, minhas análises e todos os meus questionamentos e sentimentos vivenciados na participação do GIPSI e percebo que esta é minha contribuição para o Grupo.

O GIPSI demonstra uma abordagem da maneira do cuidado em saúde mental especialmente importante, envolvendo a família no desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida do indivíduo em *sofrimento psíquico grave*. Inclusive, incorporo essa última expressão ao meu discurso, apropriando-me de seu significado e de sua posição – de certa forma contrária – a expressão “doença mental”. Esse tem a pretensão de ampliar a dimensão do sofrimento vivido por esses sujeitos.

A atuação do Grupo que prioriza a *intervenção* nas *primeiras crises* tende a transformar sua “carreira social de louco” - essa carreira também é vivenciada, mesmo que modo diverso, pelos indivíduos que não passam por uma longa internação - antes tida como destino para aqueles que não apresentam comportamentos dentro de determinado padrão moral. Função essencial do Grupo, *intervir logo* significa mudar o padrão então seguido por esse indivíduo e consequentemente diminuir o estigma sofrido.

A forma de atendimento do Grupo nos mostra um novo caminho, uma alternativa para a assistência em saúde mental. O GIPSI une discussões teóricas com a prática terapêutica e busca aliar esses dois aspectos para estar sempre

ampliando a maneira de atuação, garantindo a seus clientes o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida.

O trabalho do GIPSI é fundamental para o desenvolvimento dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, no sentido que amplia a dimensão do *sofrimento psíquico grave* desses indivíduos e busca a intervenção como meio de reduzir o estigma e levá-los para outro caminho que não somente o do hospital.

7. Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

An Industry of Death. Disponível em: <<http://www.cchr.org/videos/psychiatry-an-industry-of-death-1.html>>. Acesso em 09 jul. 2011.

DE COULON, Nicolas. **La crise – stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie**. 1.ed. Paris: Gaetan Morin Éditeur – Europe, 1999, 318p. Em: FERRARI, I. F. ; VIEIRA DA SILVA, M. L. ; MUSSEL DA SILVA, E. ; CARMO, L.S. **Da urgência psiquiátrica ao atendimento da crise: mudanças?** Belo Horizonte, [2007?].

Dicionário Online de Português. Disponível em: <[HTTP://www.dicio.com.br/prodromo/](http://www.dicio.com.br/prodromo/)>. Acesso em 10 jul. 2011.

FERRARI, I. F. ; VIEIRA DA SILVA, M. L. ; MUSSEL DA SILVA, E. ; CARMO, L.S. **Da urgência psiquiátrica ao atendimento da crise: mudanças?** Belo Horizonte, [2007?].

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 8.ed, São Paulo: Perspectiva, 2008.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GIPSI. **Programa (estágio e pesquisa), orientações, bibliografias, plano de trabalho e caracterização do GIPSI**. Universidade de Brasília, [2008?].

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. 13.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1963.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou**

- reprodução do modelo assistencial?** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- MALINOWSKI, Bronislaw Kasper. **Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia**. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- MALUF, S.W. ; TORNQUIST, C.S. **Gênero, saúde e aflição [Abordagens antropológicas]**. 1.ed. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.
- MARI, J.J. ; LEITÃO, R.J. **A epidemiologia da esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 22. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500006>. Acesso em: 09 jul. 2011.
- MONNERAT, Sílvia. **Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos**. Rio de Janeiro, 2009. Trabalho de conclusão de curso. (Dissertação de mestrado - Programa de pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009).
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever**. Revista de Antropologia, vol. 39, n° 1. São Paulo, 1996.
- ONOCKO-CAMPOS, T. R. ; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, vol.22. Rio de Janeiro: 2006..
- O que é terapia comunitária?** Disponível em: <<http://www.mismecdf.org/tc.php>>. Acesso em: 09 jul. 2011.
- PEREIRA, Rafael. **De volta para casa: a vida nas residências terapêuticas e o trabalho dos cuidadores em Barbacena-MG**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Antropologia, UFF, 2008.
- RAMOS, F. A. C. ; GEREMIAS, L. **Instituto Philippe Pinel: Origens Históricas**. [2005?]. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/pinel/media/pinel_origens.pdf>. Acesso em 09 jul. 2011.

- RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: (N. Costa & S. Tundis), *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- RIETRA, Rita de Cássia Paiva. **Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em: <
http://portalteses.iciict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00001001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jul.2011.
- RUSSO, J. ; VENÂNCIO, A. T. A. **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica”**. Revista Latinoam. Psicopat. Fund., IX 3, 460-483. 2006.
- SHIRAKAWA, I. ; CHAVES, A. C. ; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. 2.ed. São Paulo: Lemos Ediatorial, 2001.
- SOUZA, C. M. P. ; ASSUMPÇÃO, E. P. ; MASCARENHAS, M. E. B. **Plano Diretor do Hospital Galba Velloso -2005/2007**. Monografia (Fundação Ezequiel Dias, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais). 2004. Em: FERRARI, I. F. ; VIEIRA DA SILVA, M. L. ; MUSSEL DA SILVA, E. ; CARMO, L.S. **Da urgência psiquiátrica ao atendimento da crise: mudanças?** Belo Horizonte, [2007?].
- SZASZ, Thomas S. **O mito da doença mental**. 2.ed. São Paulo: Zahar Editores, 1974.
- TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.